



**ПОСТРОЕНИЕ  
И  
ОБОСНОВАНИЕ  
ВЫВОДОВ  
ПРИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ  
ЭКСПЕРТИЗЕ ТРУПА**

**СТАВРОПОЛЬ 1974**



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР  
СТАВРОПОЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
СТАВРОПОЛЬСКОЕ КРАЕВОЕ НАУЧНОЕ ОБЩЕСТВО  
СУДЕБНЫХ МЕДИКОВ

---

Л. М. БЕДРИН, А. С. ЛИТВАК

ПОСТРОЕНИЕ  
И ОБОСНОВАНИЕ ВЫВОДОВ  
ПРИ СУДЕБНО-  
МЕДИЦИНСКОЙ  
ЭКСПЕРТИЗЕ ТРУПА

СТАВРОПОЛЬ · 1974



УДК 340.6(07)

В учебно-методическом пособии приводятся юридическое обоснование, принципы и методы построения выводов к заключению при судебно-медицинской экспертизе трупа.

Кроме того, в нем нашло отображение разрешение наиболее часто встречающихся вопросов: о причине смерти при различных ее видах, характере действовавшего предмета, времени наступления смерти, наличии алкоголя и степени алкогольной интоксикации, способности к активным целенаправленным действиям при механических повреждениях, при смерти от криминального аборта, исследовании трупов новорожденных, экспертизе расчлененных и скелетированных трупов.

Вместе с тем, в пособии дается краткий судебно-медицинский терминологический словарь, включающий более 300 часто встречающихся терминов и понятий.

Подобное пособие издается впервые, предназначается для студентов высших медицинских учебных заведений, для освоения основ теории и практики судебной медицины и может оказать существенную помощь судебно-медицинским экспертам, а также работникам судебно-следственных органов.

© Редакционно-издательский совет Ставропольского краевого  
научного общества судебных медиков.



## СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.
<b>Предисловие</b>	3
<b>Глава I. Юридическое обоснование, принципы и методы построения выводов к заключению по судебно-медицинскому исследованию трупов</b>	5
<b>Глава II. Обоснование выводов о причине смерти</b>	13
Варианты формулировок вывода о причине смерти	24
Механические повреждения	24
Механическая асфиксия	26
Действие крайних температур	28
Действие низкой температуры	30
Действие атмосферного и технического электричества	31
Действие ядовитых веществ	32
Скоропостижная смерть	34
<b>Глава III. Разрешение вопросов о характере действовавшего предмета и механизме возникновения повреждений</b>	37
Воздействие тупых предметов	37
Варианты формулировок выводов	38
Автомобильная травма	39
Варианты формулировок выводов	43
Железнодорожная травма	44
Варианты формулировок выводов	44
Падение с высоты	45
Варианты формулировок выводов	46
Действие острых предметов	46
Варианты формулировок выводов	47
Огнестрельные повреждения	50
Варианты формулировок выводов	51
<b>Глава IV. Разрешение других наиболее часто встречающихся вопросов при различных видах смерти</b>	54
Время наступления смерти	54
Варианты формулировок выводов	56
Наличие алкоголя и степень алкогольной интоксикации	57
Варианты формулировок выводов	58
<b>Глава V. Разрешение некоторых дополнительных вопросов, выдвигаемых перед экспертом при насильственной смерти</b>	61
Как скоро после травмы наступила смерть?	61



Варианты формулировок выводов	62
Способность к активным целенаправленным действиям при механических повреждениях	62
Варианты формулировок выводов	63
Возможно ли нанесение повреждений собственной рукой	64
Варианты формулировок выводов	65
<b>Глава VI. Вопросы, разрешаемые экспертом при смерти от криминального аборта</b>	66
Варианты формулировок выводов	66
<b>Глава VII. Типичные, наиболее часто встречающиеся вопросы, разрешаемые экспертом при исследовании трупов новорожденных</b>	71
Варианты формулировок выводов	72
<b>Глава VIII. Наиболее часто встречающиеся вопросы при исследовании расчлененных и скелетированных трупов</b>	81
Варианты формулировок выводов	83
Справочный материал	89
Инструкция о порядке заполнения врачебного свидетельства о смерти	91
Инструкция о порядке заполнения свидетельства о мертворождении	98
Краткий судебно-медицинский терминологический словарь	101



## ПРЕДИСЛОВИЕ

Важнейшим этапом подготовки будущего врача к исполнению ответственных обязанностей врача-эксперта является обучение его решению сложных диагностических задач, возникающих при судебно-медицинских исследованиях трупов, и составление заключений по произведенным исследованиям.

Как показывает многолетняя практика обучения студентов, наиболее сложным для них представляется составление и обоснование выводов к заключениям по судебно-медицинскому исследованию трупов.

Учебно-методической литературы, посвященной этому вопросу, недостаточно, и пособие профессоров Л. М. Бедрина и А. С. Литвака удачно восполняет имеющийся пробел.

Учебно-методическое пособие составлено в соответствии с действующими нормами УПК и инструкциями Главного судебно-медицинского эксперта МЗ СССР, применительно к запросам экспертной практики. В нем освещены основные принципы построения и обоснования выводов по исследованию трупов при различных видах смерти.

Авторы нашли удачную структуру пособия — изложение наиболее принципиальных положений теоретического характера иллюстрируется возможными вариантами выводов. Такая форма позволила избежать типичной ошибки подобных руководств — превращения их в своеобразный «сборник выписок и копий» из судебно-медицинских документов.

Бесспорно, объем пособия не позволил авторам подменить учебник в изложении некоторых частных вопросов судебной медицины (механизм отдельных видов травмы, техника и методика исследования трупа и др.), что, собственно, и не входило в их задачи.

Именно весьма лаконичный перечень наиболее существенных судебно-медицинских критериев позволит студенту и на-



чинающему эксперту не упустить из виду факты, имеющие решающее значение для обоснования выводов.

Примеры выводов, которыми иллюстрированы основные положения, даны как возможный вариант, отражают лишь наиболее общую структуру и ни в коей мере не «навязываются» читателю в качестве обязательной схемы.

Самостоятельной частью учебно-методического пособия является словарь судебно-медицинских терминов и понятий.

Необходимость создания такого словаря в качестве учебно-методического пособия для студентов, изучающих судебную медицину, диктуется несколькими соображениями.

Судебная медицина является для студентов новой дисциплиной, в которой существует много специфических терминов и понятий. Часть из них имеет иное, чем общепринятое, толкование. Кроме того, судебные медики оперируют многими терминами и понятиями, заимствованными из других областей науки (правоведения, криминалистики и др.) и неизвестными для студентов.

Врачи не только сами должны знать содержание судебно-медицинских понятий, но и, выступая в качестве врача-эксперта, уметь разъяснить их работникам судебно-следственных органов.

Учебно-методическое пособие профессоров Л. М. Бедрина и А. С. Литвака «Построение и обоснование выводов при судебно-медицинской экспертизе трупа» позволит унифицировать структуру выводов, поможет студентам в приобретении практических судебно-медицинских навыков и расширит их знания по теории судебной медицины.

Заслуженный деятель науки РСФСР  
доктор медицинских наук, профессор  
В. М. СМОЛЬЯНИНОВ.



## ГЛАВА I

# ЮРИДИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ, ПРИНЦИПЫ И МЕТОДЫ ПОСТРОЕНИЯ ВЫВОДОВ К ЗАКЛЮЧЕНИЮ ПО СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОМУ ИССЛЕДОВАНИЮ ТРУПОВ

Судебно-медицинская экспертиза отличается от других видов экспертиз тем, что объектами ее исследования являются живые лица (потерпевшие, подозреваемые и обвиняемые), трупы людей, вещественные доказательства биологического происхождения, а также материалы следственных и судебных дел.

Назначение экспертизы в этих случаях регламентируется ст. 79 и другими статьями УПК РСФСР. В частности, ст. 79 УПК РСФСР предусматривает обязательное проведение судебно-медицинской экспертизы «...для установления причин смерти...»

В соответствии со ст. 79 УПК РСФСР в приказе министра здравоохранения СССР № 166 от 10 апреля 1962 г. указано, что обязательному судебно-медицинскому исследованию подлежат:

— лица, умершие от каких-либо насильственных причин, а также при подозрении на насильственную смерть, независимо от рода и места смерти (в том числе и в лечебных учреждениях);

— лица, умершие в лечебных учреждениях, при неустановленном диагнозе заболевания; при наличии принятых органами следствия жалоб на неправильное или незаконное лечение, а также лица, доставленные в лечебные учреждения мертвыми;



— лица, умершие скоропостижно, независимо от места смерти, в тех случаях, когда причина смерти врачом лечебного учреждения не установлена и «врачебное свидетельство о смерти» не выдано;

— трупы лиц, личность которых не установлена (Приложение № 8 к приказу МЗ СССР № 166).

Следовательно, основной задачей судебно-медицинского исследования трупа является установление внешнего воздействия или характера внутренних изменений, которые сами по себе или через вызванные ими осложнения привели к наступлению смерти.

Известно, что смерть вызывается разнообразными причинами. При этом, в зависимости от характера внешнего воздействия или болезненного процесса, различают виды смерти. Каждый вид смерти определяет ее категорию.

Таким образом, судебно-медицинская классификация смерти может быть представлена в виде следующей таблицы (рис. 1).

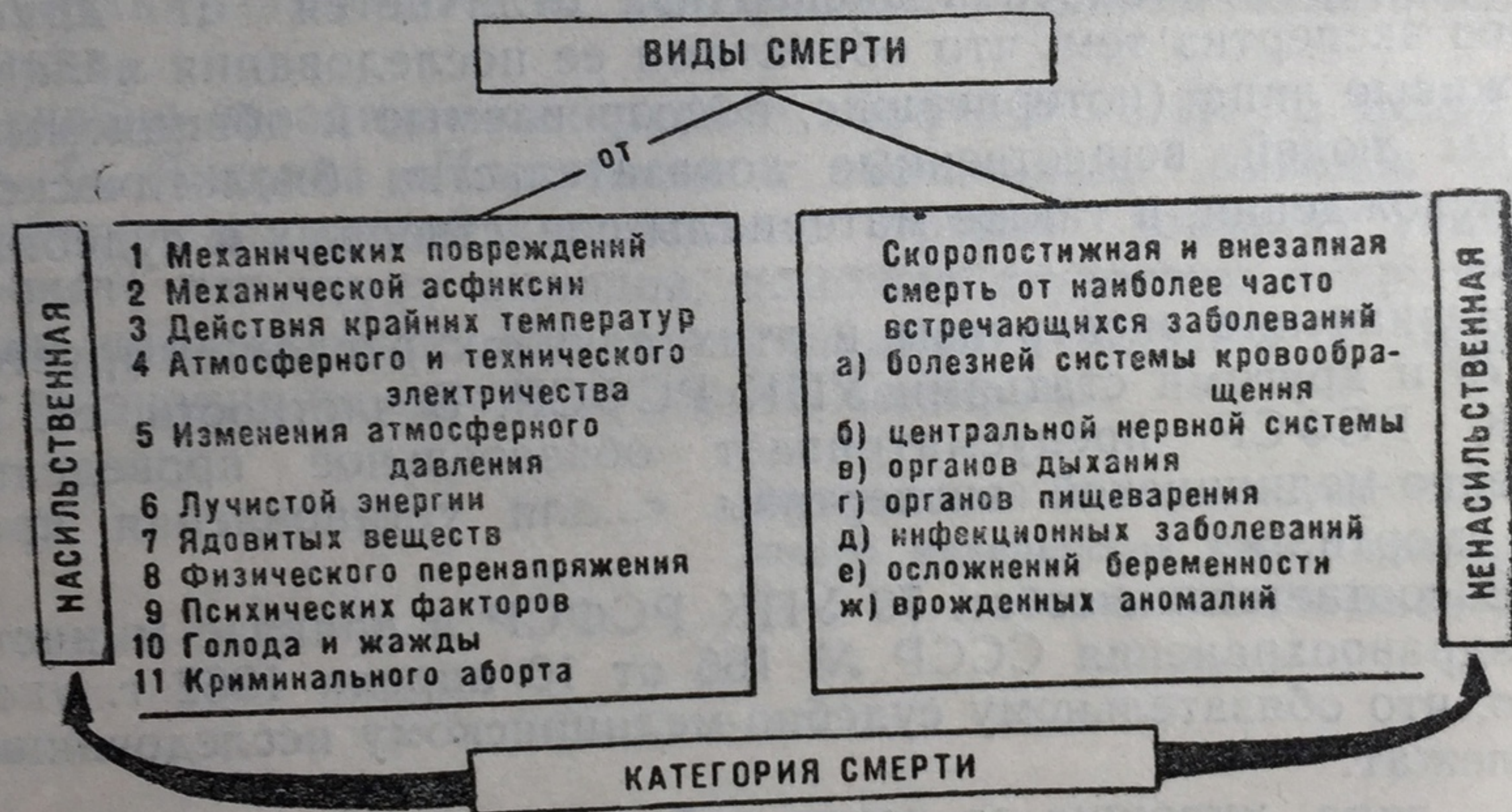


Рис. 1

Смерть может наступить при разнообразных обстоятельствах и условиях, объединяемых в род насильственной смерти: убийство, самоубийство, несчастный случай (определение этих понятий см. в судебно-медицинском терминологическом словаре на стр. 101).



Относительно компетенции судебно-медицинского эксперта при решении этого вопроса следует указать, что эксперт, исходя из медицинских показателей, может исключить нанесение повреждений собственной рукой или установить, что повреждение типично для саморанений, что отнюдь не равнозначно установлению или исключению факта убийства, самоубийства, несчастного случая.

— Получив постановление о назначении судебно-медицинской экспертизы, эксперт производит исследование трупа, руководствуясь «Правилами судебно-медицинского исследования трупа». Если при этом возникает необходимость в проведении тех или иных лабораторных исследований, эксперт направляет объекты в соответствующие отделения Бюро судебно-медицинской экспертизы (гистологическое, судебно-химическое, физико-техническое и т. д.).

Ход и результаты исследования эксперт оформляет от своего имени в документе, именуемом з а к л ю ч е н и е м.

Заключение эксперта предусмотрено ст. 80 УПК РСФСР и является единственной процессуальной формой, в которой эксперт дает мотивированные ответы на поставленные вопросы на основе его специальных знаний и результатов всестороннего объективного исследования представленных материалов.

Как и всякое доказательство, фактические данные, установленные заключением эксперта, подлежат проверке и оценке в совокупности со всеми другими доказательствами по делу.

Поэтому оформление заключения по судебно-медицинскому исследованию трупа — важный и ответственный этап экспертной деятельности.

Исследовательская работа по конкретному случаю устанавливает либо исключает фактические данные, которые могут играть важную роль в расследовании дела. В ряде случаев факты, устанавливаемые экспертом при исследовании трупа, ранее могли быть неизвестны для следственных органов, в других — имели иную трактовку.

Все это и обуславливает необходимость тщательного оформления заключения эксперта.

Закон и Инструкция о производстве судебно-медицинской экспертизы в СССР формулируют конкретные требования к заключению эксперта:

— объективное, последовательное и доступное описание хода исследования и всех обнаруживаемых при этом фактических данных;



— научная обоснованность и мотивированность экспертных выводов.

Содержание заключения регламентировано ст. 191 УПК РСФСР:

«...после производства необходимых исследований эксперт составляет заключение, в котором должно быть указано: когда, где, кем (фамилия, имя, отчество, образование, специальность, ученая степень и звание, занимаемая должность), на каком основании была произведена экспертиза, кто присутствовал при производстве экспертизы, какие исследования произвел, какие вопросы были поставлены эксперту и его мотивированные ответы. Если при производстве экспертизы эксперт установит обстоятельства, имеющие значение для дела, по поводу которых ему не были поставлены вопросы, он вправе указать на них в своем заключении.

Заключение дается в письменном виде и подписывается экспертом...»

Как и при других видах экспертиз, заключение состоит из вводной, исследовательской частей и выводов.

В вводной части указывается где, когда, кем, на каком основании была произведена экспертиза, отражаются сведения об обстоятельствах смерти, а также вопросы, поставленные на разрешение эксперта.

Вводная часть фиксирует правомерность и процессуальную обусловленность произведенного экспертного исследования.

Исследовательская часть заключения включает в себя наружное и внутреннее исследование трупа.

В процессе наружного исследования должны быть изучены и описаны одежда и сам труп: антропометрические данные, состояние трупных изменений, повреждения или морфологические проявления заболеваний.

Внутреннее исследование включает исчерпывающе полное описание характера повреждений, морфологических проявлений болезненного процесса, обнаруженных при вскрытии полостей черепа, груди, живота, позвоночного канала. Указываются органы или их части, изъятые для лабораторных и других исследований, а их результаты вносятся в исследовательскую часть.



Особое значение исследовательская часть заключения приобретает в случаях повторных экспертиз и экспертиз по материалам следственных и судебных дел, при которых, как правило, перед экспертными комиссиями ставится вопрос: правильны ли и обоснованны выводы эксперта, производившего судебно-медицинское исследование трупа?

Повторные экспертизы назначаются иногда спустя длительное время после первичного исследования трупа. Гнилостные изменения разрушают труп, маскируют признаки повреждений или заболеваний.

Поэтому, практически, при повторном исследовании невозможно увидеть все те повреждения и болезненные изменения, которые наблюдал судебно-медицинский эксперт при первичном исследовании. Эти обстоятельства и обуславливают чрезвычайно важное значение исследовательской части заключения судебно-медицинского эксперта по экспертизе трупа.

**ВЫВОДЫ** являются итогом всей работы судебно-медицинского эксперта по исследованию трупа. В них анализируются все фактические данные, полученные в процессе экспертизы, в их причинно-следственной взаимосвязи.

Выводы излагаются в форме ответов на вопросы, которые были поставлены перед экспертом в постановлении о назначении судебно-медицинской экспертизы.

При всех видах смерти выдвигается множество вопросов, на которые эксперт в пределах своих знаний и компетенции обязан дать соответствующие ответы.

Однако экспертная практика показывает, что органами дознания, следствия и суда выдвигается ряд наиболее часто встречающихся вопросов.

В частности, при различных видах смерти на разрешение судебно-медицинской экспертизы ставятся следующие вопросы:

Причина смерти;

Степень тяжести телесных повреждений и причинная связь их с наступившей смертью;

Характер действовавшего предмета;

Механизм возникновения повреждений;

Как скоро после травмы наступила смерть;

Время (давность) наступления смерти;

Наличие алкоголя в организме.

В зависимости от того или иного вида смерти может воз-



никнуть ряд специфических вопросов, на которые эксперт должен дать научно обоснованные ответы при:

- механических повреждениях;
- исследовании трупов новорожденных;
- криминальном аборте.

В соответствии с этим, следственная, судебная и экспертная практика выработала и сформулировала основные требования, которые предъявляются к выводам судебно-медицинского эксперта, как к результатам произведенного им исследования:

1. Мотивированность и научная обоснованность каждого вывода;

2. Соответствие существа каждого вывода, сделанного экспертом, фактическим медицинским данным, содержащимся в исследовательской части заключения;

3. Последовательность, простота и ясность изложения выводов, не допускающие иного толкования, чем то, которое вложено в них экспертом.

Для того, чтобы выводы эксперта соответствовали этим требованиям, они должны основываться на данных медицинской науки, теории и практики судебной медицины, на специальных познаниях эксперта в этих отраслях науки.

Выводы эксперта в целом или ответы на отдельные вопросы могут быть изложены либо в форме **КАТЕГОРИЧЕСКОГО, либо — ВЕРОЯТНОГО (предположительного) суждения**. Возможен и третий вариант, когда эксперт по тем или иным причинам вообще не может решить поставленный перед ним вопрос, например, вопрос о причине смерти при обнаружении трупа с явлениями далеко зашедшего гнилостного разложения.

Категорические выводы могут быть либо положительными, либо отрицательными.

Приводим примеры положительного и отрицательного категорических выводов.

«...Повреждения костей черепа и вещества головного мозга у гр-на К. причинены одиночным выстрелом из ручного огнестрельного оружия, о чем свидетельствуют наличие входного раневого отверстия в лобной области головы слева, отходящего от него раневого канала, проходящего через лобную, височную и затылочную доли левого полушария головного мозга, выходного отвер-



ствия в затылочной кости слева и свинцовой безоболочечной пули калибром 5,6 мм, обнаруженной под кожей волосистой части головы в затылочной области слева...»

«...При судебно-химическом исследовании крови и мочи из трупа гр-на Н. (фотоколориметрическим методом и методом газо-жидкостной хроматографии) этиловый алкоголь не обнаружен. Это дает основание заключить, что незадолго до наступления смерти гр-н Н. не употреблял алкогольных напитков...»

Категорические выводы возможны только тогда, когда эксперт совершенно уверен в их достоверности и эта уверенность основывается на объективных научно обоснованных данных.

Следует отметить, что именно категорические выводы имеют наибольшее доказательственное значение (после оценки их следствием и судом).

К сожалению, при проведении судебно-медицинских исследований трупов эксперт не всегда имеет возможность решить поставленные перед ним вопросы в категорической форме.

Основными причинами, по которым эксперты не могут сделать категорические выводы, являются следующие:

1. Отсутствие научно обоснованных критериев и методов исследования для решения поставленных вопросов;
2. Неполноценность объектов исследования, поздние сроки назначения и проведения экспертиз;
3. Недостаточная компетенция эксперта в том или ином разделе судебно-медицинской науки.

Вследствие этого эксперты вынуждены делать некоторые выводы не в категорической, а в вероятной форме, что снижает их доказательственное значение.

Следует помнить, что нельзя подменять вероятным выводом отказ от решения того или иного вопроса. Если эксперт не имеет в своем распоряжении научно обоснованных методов исследования или если объект, присланный для исследования, является негодным, или если, наконец, поставленный перед ним вопрос выходит за пределы компетенции эксперта, он должен отказаться от решения вопроса, а не делать вероятного вывода, который в таких случаях основывается не



на добытых наукой данных, а на логических предположениях. Эксперт должен мотивировать свой отказ от решения поставленного перед ним вопроса.

«...Решить вопрос о конкретном экземпляре рубящего орудия, которым причинены повреждения черепа гр-ке Е., не представляется возможным, так как в следах разрубов на костях не отобразились индивидуальные признаки рубящего орудия...»

«...Выстрел, которым были причинены повреждения гр-ну И., был произведен с неблизкого расстояния. Установить конкретно дистанцию выстрела не представляется возможным из-за отсутствия научно обоснованной методики...»

Если эксперт приходит к выводу о том, что он не может дать ответ на поставленный перед ним вопрос, он должен быть убежден, что им исчерпаны все возможности для решения указанного вопроса. В частности, эксперт должен воспользоваться представленным ему правом ознакомиться с материалами дела или заявить ходатайство о предоставлении других необходимых для дачи заключения материалов (ст. 82 УПК РСФСР).



## ГЛАВА II

### ОБОСНОВАНИЕ ВЫВОДОВ О ПРИЧИНЕ СМЕРТИ

Вопросы танатологии занимают важное место в практической деятельности судебно-медицинского эксперта.

Общая танатология исследует процессы умирания и смерти вообще, а частная — особенности танатогенеза при различных видах смерти.

XX Всемирная ассамблея здравоохранения определила причины смерти как все те болезни, патологические состояния и травмы, которые привели к смерти или способствовали ее наступлению, а также обстоятельства случая или акта насилия, вызвавшие такую травму.

На этой же ассамблее было дано определение основной и непосредственной причины смерти.

**ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ** называется: 1. Болезнь или травма, вызвавшая последовательность болезненных процессов, непосредственно приведших к смерти; 2. Обстоятельства, при которых произошел несчастный случай или насильственное повреждение, вызвавшее смертельный исход (например: утопление в воде, ожог пламенем и т. п.).

Нетрудно заметить, что содержание определения понятия основной причины смерти соответствует пониманию и содержанию терминов «ОСНОВНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ» и «ОСНОВНОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ».

Под **ОСНОВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ** понимается определенная нозологическая единица (а не симптом, синдром или другой патологический процесс), которая сама по себе или через осложнения, ею вызванные, привела к наступлению смерти.

Так, например, основным заболеванием, которое непосред-



ственно само по себе привело к наступлению смерти, может явиться крупозная пневмония — острое циклически протекающее инфекционное заболевание.

ОСНОВНЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ считается такое, которое само по себе вызвало наступление смерти или заболевание (осложнение), повлекшее за собой смерть.

Примером основного повреждения, которое само по себе повлекло наступление смерти, может служить сквозное огнестрельное пулевое ранение головы с повреждением костей свода и основания черепа и разрушением головного мозга.

Для того, чтобы правильно определить и обозначить основное заболевание, следует пользоваться «Статистической классификацией болезней, травм и причин смерти», основанной на Международной классификации болезней восьмого пересмотра 1965 г. (изд. «Медицина», Москва, 1969).

Эта классификация является перечнем общепризнанных терминов для регистрации и описания всех встречающихся клинических, патологоанатомических и судебно-медицинских наблюдений и отражает воззрения по этим вопросам, существующие в современной теоретической и практической медицине. Каждая нозологическая единица имеет отдельное место, точное название и кодовое обозначение в классификации.

Всего в классификации выделено XVII разделов: I. Инфекционные и паразитарные болезни; II. Новообразования; III. Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ; IV. Болезни крови и кроветворных органов; V. Психические расстройства; VI. Болезни нервной системы и органов чувств; VII. Болезни системы кровообращения; VIII. Болезни органов дыхания; IX. Болезни органов пищеварения; X. Болезни мочеполовых органов; XI. Осложнения беременности, родов и послеродового периода; XII. Болезни кожи и подкожной клетчатки; XIII. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани; XIV. Врожденные аномалии; XV. Некоторые причины перинатальной заболеваемости и смертности; XVI. Симптомы и неточно обозначенные состояния; XVII. Несчастные случаи, отравления и травмы; Е XVII — Классификация по внешней причине и N XVII — Несчастные случаи, отравления и травмы — классификация по характеру травмы.

Так, например, гипертоническая болезнь (B27) имеет 5 рубрик: 400 — злокачественная гипертония (400.0 — без упоминания о пораженном органе); 400.1 — с поражением сердца; 400.2 — с поражением сосудов мозга; 400.3 — с пора-



жением почек; 400.9 — с множественным поражением органов; 401 — эссенциальная доброкачественная гипертония; 402 — гипертоническая болезнь с преимущественным поражением сердца; 403 — гипертоническая болезнь с преимущественным поражением почек, 404 — гипертоническая болезнь с преимущественным поражением сердца и почек. В каждой из рубрик 400—404 имеются подрубрики, детализирующие стадии гипертонической болезни.

Правила пользования международной классификацией болезней требуют, чтобы при построении патологоанатомического или судебно-медицинского диагноза и выводов о причине смерти обязательно применялся принцип установления причинно-следственных связей в развитии заболеваний и патологических процессов, приведших к смерти. При этом, оценивая время развития болезненных процессов как осложнений травм и других внешних воздействий, например, отравлений, следует обязательно учитывать время между возникновением травмы (основного повреждения) и ее осложнений и указывать на эту связь.

Если причиной (непосредственной) смерти явилось оперативное вмешательство или его последствия, то в качестве основной причины смерти следует указывать повреждение или заболевание, по поводу которого производилось оперативное вмешательство, а сама операция или ее последствия указываются как непосредственная причина смерти.

Заполнение врачебного свидетельства о смерти производится по специальной форме и правилам, применительно к требованиям международной классификации болезней. Правила заполнения врачебного свидетельства о смерти см. в справочном материале на стр. 89.

**ОСЛОЖНЕНИЯМИ** являются такие заболевания или патологические процессы, которые, будучи патогенетически связаны с основным заболеванием (повреждением), привели к наступлению смерти.

Так, например, осложнением ишемической болезни сердца может явиться тромбоз той или иной ветвей коронарной артерии с развитием инфаркта миокарда, что и приводит к наступлению смерти.

Осложнения могут быть ОСНОВНЫМИ и ДОБАВОЧНЫМИ.

**ОСНОВНЫМ** осложнением называется такое заболевание или патологический процесс, которое само по себе или через вызванные им другие патологические изменения привело к



смерти. Если в результате проникающего колото-резаного ранения брюшной полости с повреждением кишечника развился перитонит, то он и будет основным осложнением. Если, кроме того, у пострадавшего развилась гипостатическая пневмония, она должна быть расценена как добавочное осложнение. Следовательно, добавочными осложнениями являются все другие заболевания и патологические процессы, вызванные основным заболеванием, которые хотя и играли определенную роль в наступлении смерти, но не явились ее причиной.

В случаях, когда при исследовании трупа обнаруживаются заболевания (повреждения), патогенетически не связанные с основным заболеванием (повреждением), то они обозначаются как СОПУТСТВУЮЩИЕ заболевания или повреждения.

Сопутствующие заболевания могут развиваться у больного до начала основного заболевания или в процессе его развития. Точно так же сопутствующие повреждения могут причиняться до возникновения основного повреждения, одновременно с ним или после него.

Примером сопутствующего заболевания может служить обнаружение язвы желудка у больного гипертонической болезнью с развитием кровоизлияния в мозг.

Как уже указывалось, смерть может наступить либо от самого основного заболевания или повреждения, либо от их осложнений.

Непосредственной причиной смерти называются морфо-функциональные изменения, вызванные или явившиеся следствием основного заболевания или травмы и приведшие к расстройствам, несовместимым с жизнью.

Приводим пример, в котором смерть наступила от осложнения, патогенетически связанного с основным повреждением:

**ОСНОВНОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ:** одиночная проникающая колото-резаная рана передней брюшной стенки слева с повреждением поперечно-ободочной кишки.

**ОСЛОЖНЕНИЕ:** разлитой фибринозно-гнойный перитонит. Основной причиной смерти в данном случае являлась колото-резаная рана живота, а непосредственной — разлитой фибринозно-гнойный перитонит.



Если смерть наступает от основного повреждения, то это происходит в большинстве случаев в короткие сроки после причинения повреждения. Например, если имеет место резаная рана шеи с повреждением общей сонной артерии, то развивающаяся в этих случаях острая массивная кровопотеря вызывает смерть в течение нескольких минут. В подобных случаях формулировка вывода о причине смерти не вызывает затруднений:

«...Смерть гр-на Ф. наступила в результате повреждения общей сонной артерии слева, сопровождающегося острой кровопотерей...»

Сложнее правильно сформулировать вывод о причине смерти, если она наступает не от основного повреждения или заболевания, а от их осложнений и не сразу, а спустя то или иное время (его можно обозначить как «патогенетическое» или «танатогенетическое») после возникновения повреждения или заболевания. В этих случаях для того, чтобы правильно сформулировать вывод о причине смерти, необходимо четко представить себе патогенез, т. е. динамику развития всех патологических процессов, и танатогенез, т. е. механизм наступления смерти, в их причинно-следственных и временных связях и отношениях.

Если говорить о повреждениях, вызываемых механическими факторами (тупыми и острыми предметами, огнестрельным оружием), когда смерть может обуславливаться либо тяжестью самой травмы, либо ее осложнениями, то патогенетическая схема процессов, приводящих к смерти, может быть изложена в следующем виде:

#### **Причины смерти при механических повреждениях**

Смерть от осложнений травмы:

**Осложнения самой травмы** (острая кровопотеря, шок, сдавление жизненно важных органов, воздушная и жировая эмболии, закрытие или сужение дыхательных путей и т. п.).

Смерть от непосредственного действия травмы (само повреждение, несовместимое с жизнью)

**Осложнения неинфекционного характера**

**Осложнения, вызванные присоединившейся инфекцией:**

— столбняк, анаэробная инфекция;



— полостные гнойные процессы (плеврит, перитонит, медиастенит, менингит);

— неполостные гнойные процессы (обширные флегмоны, септицемия, пиемия, раневое истощение).

Довольно часто при механических повреждениях наблюдаются множественные травмы (например, при автомобильных происшествиях).

В этих случаях необходимо выделить основное из них, т. е. такое, которое само по себе либо через свои осложнения привело к смерти.

Например, гр. С. сбит на проезжей части дороги грузовым автомобилем. Получил удар бампером по задней поверхности правой нижней конечности, был отброшен в сторону и ударился головой о твердое покрытие дороги. При судебно-медицинском исследовании трупа обнаружено: закрытые многооскольчатые переломы костей свода и основания черепа, массивный ушиб вещества головного мозга, кровоизлияния под твердую и мягкую мозговые оболочки. Кроме того, у С. имелись закрытый перелом правой бедренной кости (бампер-перелом), множественные кровоподтеки и ссадины головы, лица и конечностей. Основным повреждением в данном случае являются повреждения костей черепа и вещества головного мозга, несовместимые с жизнью и обусловившие смерть непосредственно после причинения повреждения.

В приведенном примере решение вопроса о том, какое из двух повреждений было основным, не вызывает затруднений. В практике встречаются случаи, когда каждое из нескольких имеющихся повреждений могло обусловить смерть само по себе и выделить основное из них довольно трудно, особенно если эти повреждения причиняются одновременно или в очень быстрой последовательности, как это бывает, например, при автомобильных или железнодорожных травмах, при огнестрельных повреждениях очередью выстрелов из автоматического оружия.



Гр. Ю. переходил проезжую часть дороги и был сбит грузовым автомобилем, задние колеса которого переехали через голову и грудную клетку пострадавшего. При исследовании трупа обнаружены следующие повреждения: сплющивание головы в боковом направлении, открытые множественные оскольчатые переломы костей лицевого и мозгового черепа, разрывы твердой мозговой оболочки, размозжение вещества головного мозга с выдавливанием его из полости черепа; множественные закрытые переломы ребер с обеих сторон, повреждение их отломками сердечной сорочки и мышцы сердца, переломы лопаток и остистых отростков грудных позвонков; множественные ссадины и кровоподтеки туловища и конечностей.

В подобных случаях повреждения головы и органов грудной клетки могут быть квалифицированы как основное повреждение, т. к. и те, и другие являются несовместимыми с жизнью и могли обусловить смерть. Однако в свидетельстве о смерти в качестве основного повреждения может быть указано только одно. Поэтому вывод о причине смерти можно сформулировать следующим образом:

«...Смерть гр. Ю. наступила от разрушения костей свода и основания черепа и вещества головного мозга (с выдавливанием его из полости черепа) ...».

Далее в выводах должно быть указано, что все повреждения, обнаруженные у гр. Ю., причинены одновременно или в очень быстрой последовательности, и отражен механизм возникновения повреждения головы и грудной клетки: сдавление головы и грудной клетки Ю. между покрытием дороги и колесами автомобиля при переезде их через голову и грудную клетку Ю.

В судебно-медицинской практике могут встретиться и встречаются случаи, когда несколько повреждений, каждое из которых само по себе может обусловить смерть (т. е. является основным), причиняются не одновременно, разными предметами, а иногда и разными лицами. В этих случаях для судебно-следственных органов очень важно установить



последовательность причинения повреждений и роль каждого из них в генезе наступления смерти.

Гр. Л. был обнаружен мертвым в одной из комнат собственного дома. При судебно-медицинском исследовании трупа гр. Л. обнаружены: 1. Закрытый вдавленный перелом затылочной и правой теменной костей, выраженные субдуральное и субарахноидальное кровоизлияния соответственно области перелома и ушиб вещества теменной доли правого полушария головного мозга. 2. Глубокая резаная рана шеи с пересечением левой общей сонной артерии, трахеи и пищевода. На трупе имелись выраженные признаки острой кровопотери: малокровие внутренних органов, пятна Минакова под эндокардом левого желудочка сердца, слабо выраженные трупные пятна. Мягкие ткани головы вокруг места перелома были пропитаны кровью. Это, а также наличие явлений кровоизлияний под оболочки мозга и ушиба его вещества давало веские основания для вывода, что повреждение головы тупым твердым предметом было причинено первым.

Анализируя данный случай, необходимо признать основным повреждением резаную рану шеи с пересечением левой общей сонной артерии, что и обусловило наступление смерти от острой кровопотери. Однако в выводах необходимо отметить, что повреждение головы также является опасным для жизни и могло привести к смерти пострадавшего.

Встречаются также и такие случаи, когда, при наличии нескольких повреждений, одно из них, являясь основным, обуславливает смерть, а другое (или другие), усиливая тяжесть состояния пострадавшего, способствуют ее наступлению. В подобных случаях рекомендуется следующая формулировка вывода:

«...Смерть гр. В. последовала от проникающего ранения груди с повреждением левого легкого, сопровождавшегося гемотораксом (500 мл). Наступлению смерти способствовал закрытый перелом левой бедренной кости, усугубивший шоковое состояние у гр. В...»



Действующие правила судебно-медицинского исследования трупов не содержат указаний о составлении судебно-медицинского диагноза (его иногда называют анатомическим), в котором бы подытоживались результаты судебно-медицинского исследования трупа на основе этиологии, патогенеза и анатомической локализации болезненного процесса (или характер орудия травмы, механогенез и локализация повреждений) и их роль в танатогенезе.

Многолетняя практика судебно-медицинской экспертизы обосновала необходимость составления судебно-медицинского диагноза в каждом случае исследования трупа.

Это предопределяется двумя основными условиями:

1. Необходимостью единообразного и правильного подхода к оценке этиологии, патогенеза и танатогенеза болезненных изменений и травм, приводящих к смерти, и 2. Необходимостью статистической разработки причин смертности населения.

В последнее время некоторыми учеными предложено выделять «фоновые», «конкурирующие», «сочетанные» заболевания.

Под «ФОНОВЫМ» заболеванием понимается нозологическая единица, сыгравшая существенную роль в возникновении, неблагоприятном течении и исходе болезненного процесса, вызванного основным заболеванием, и существующая у больного одновременно с ним. «Фоновое» заболевание может не иметь патогенетической связи с основным заболеванием.

Например, основным заболеванием является туберкулез легких, но больной, кроме того, страдает диабетом. На фоне диабета туберкулез протекает значительно тяжелее, и «танатогенетическое» время может быть сокращено.

«КОНКУРИРУЮЩИМИ» заболеваниями называются нозологические единицы, которые сами по себе или через свои собственные им осложнения могут привести больного к смерти. Эти заболевания взаимно утяжеляют друг друга и состояние больного, сокращают время патогенеза и танатогенеза. Примером конкурирующих заболеваний могут служить туберкулез легких и рак желудка с метастазами у одного больного.

«СОЧЕТАННЫЕ» заболевания — это такие нозологические единицы (или заболевание + травма), которые в дан-



ном конкретном случае привели к смерти больного только в сочетании друг с другом во времени. По отдельности каждое из этих заболеваний (или заболевание и травма) не представляли опасности для жизни в рассматриваемый период времени.

Женщина 60 лет, страдающая гипертонической болезнью, протекающей в этот период времени без выраженных клинических проявлений, сидела на скамейке в парке. Мимо нее проходила супружеская пара. Во время разговора муж внезапно бросил в жену бумажный пакет с 200 г сливочного масла и попал в лицо сидевшей на скамейке женщины. У последней развилось кровоизлияние в мозг, от которого она и умерла. В данном случае травма, не оставившая даже следа на коже лица, сыграла роль «пускового момента» в развитии осложнения гипертонической болезни.

Если в практике встречаются подобные случаи (наличие основного и «фонового», «конкурирующего» или «сочетающегося» заболеваний), когда они совпадают во времени и утяжеляют течение основного патологического процесса, обуславливая его новые проявления, то на первое место, в качестве основного заболевания, следует выносить заболевание (или травму), которое по клиническим и морфологическим данным возникло раньше и протекало более тяжело.

При наличии телесных повреждений в ряде случаев органами дознания, следствия и суда перед судебно-медицинским экспертом выдвигается вопрос о степени тяжести телесных повреждений и причинной связи их с наступившей смертью. Правовую квалификацию повреждений определяют УК Союзных Республик.

Основным документом, регламентирующим работу судебно-медицинского эксперта, по оценке тяжести телесных повреждений являются «Правила определения степени тяжести телесных повреждений» (Москва, 1961), которые с медицинской точки зрения дополняют, разъясняют и конкретизируют краткие формулировки отдельных статей Уголовного Кодекса, касающихся преступлений против жизни, здоровья и достоинства личности.

При изложении этого пункта выводов эксперт должен определить степень тяжести телесных повреждений и прежде



всего установить, имеют ли повреждения признаки тяжкого, беря в основу критерий опасности для жизни в момент их причинения.

Независимо от того, явились ли эти повреждения основной причиной смерти или привели к неблагоприятному исходу через ряд последующих патологических процессов, происходящих в организме, судебно-медицинский эксперт обязан установить между ними причинную связь.

«...имеющееся повреждение — проникающее ранение черепа с кровоизлиянием в вещество мозга — является опасным для жизни в момент его причинения, относится к тяжким. Смерть гр. Х. находится в прямой причинной связи с указанным повреждением».

При отсутствии прямой причинной связи между повреждениями и неблагоприятным исходом необходимо устанавливать, была ли смерть последствием тяжкого, менее тяжкого или легкого телесного повреждения в медицинском понимании.

В практике имеют место случаи, когда легкое телесное повреждение приводит к тяжелым последствиям или даже к смертельному исходу.

Если повреждение не имеет признаков тяжкого, то эксперт определяет степень тяжести его, причину смерти и характер причинной связи.

Например: небольшая рана в области ягодичной складки и смерть от газовой гангрены. В данном случае повреждение само по себе оценивается как легкое, не повлекшее за собой кратковременного расстройства здоровья. Смерть обусловлена случайным загрязнением раны анаэробной инфекцией.

По этому поводу «Правила» дают эксперту четкое указание, как определять степень тяжести повреждения, когда в генезе смерти основное значение приобретает осложнение инфекцией.

Оценивая повреждение как легкое, не повлекшее за собой кратковременного расстройства здоровья, эксперт указывает, что причинная связь между повреждением и смертью имеется, но она случайная.



## ВАРИАНТЫ ФОРМУЛИРОВОК ВЫВОДА О ПРИЧИНЕ СМЕРТИ МЕХАНИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ

### Открытая черепно-мозговая травма

«...Смерть гр. Б. наступила в результате открытой травмы головы, сопровождавшейся грубым разрушением костей черепа и вещества головного мозга.

Изложенный вывод о причине смерти подтверждается следующими морфологическими изменениями: наличием на костях свода и основания черепа множества крупно- и мелкооскольчатых переломов, обнаружением в теменных и затылочных долях головного мозга очагов ушиба, представляющих собой обширные участки размягчения темно-красного цвета с разрывами мягкой мозговой оболочки, под которой имелись темно-красная жидкая кровь и тонкие пластинчатые кровоизлияния...»

### Закрытая черепно-мозговая травма

«...Причиной смерти гр. С. явился тяжелый ушиб головного мозга, с внутричерепным кровоотечением, вызвавшим сдавление вещества мозга.

Подтверждением указанного вывода являются: рассеянные и очаговые кровоизлияния в коре и подкорковом слое средней и нижней лобных извилин, наличие между костями свода черепа и твердой мозговой оболочкой до 300 г пластинчатых рыхлых свертков крови, а также уплощением левой лобной доли на участке соответственно местоположению кровоизлияния...»

«...Смерть гр. Ф. наступила в результате проникающего ранения грудной клетки, сопровождавшегося повреждением сердца с последующим острым внутренним кровоотечением.

Это подтверждается: наличием раны на передней поверхности грудной клетки слева, проникающей в плевральную полость, обнаружением повреждения на передней стенке левого желудочка сердца, проникающего через всю толщу мышечной стенки в полость его.



Об острой кровопотере свидетельствуют: обнаружение в левой плевральной полости до 1500 мл темно-красной жидкой крови, резкое малокровие внутренних органов и тканей, пятна Минова под внутренней оболочкой левого желудка сердца, а также бледность кожных покровов и слабо выраженные островчатые трупные пятна...»

«...Смерть гр. Т. наступила в результате закрытой травмы живота, сопровождавшейся разрывами органов брюшной полости и обильным внутренним кровотечением.

Изложенный вывод о причине смерти подтверждается наличием в мышцах передней стенки живота обширных кровоизлияний, обнаружением множества разрывов и участков разможнения на передней и диафрагмальной поверхностях печени, а также множественными разрывами селезенки.

На обильное кровотечение указывают: наличие в брюшной полости до 1000 мл темно-красной жидкой крови, резкое малокровие внутренних органов и тканей, а также бледность кожных покровов и слабо выраженные островчатые трупные пятна...»

«...Смерть гр. Ф. наступила в результате сочетанной травмы груди и живота, сопровождавшейся грубыми разрушениями костей скелета, повреждением органов, с последующим острым внутрибрюшным кровотечением.

Данный вывод подтверждается следующими объективными данными: переломом позвоночного столба на уровне II грудного позвонка с полным перерывом спинного мозга на этом же уровне, двусторонними множественными переломами ребер, тела левой лопатки и остистых отростков III—VIII грудных позвонков, разможением правой доли печени, наличием в брюшной полости до 1000 мл жидкой крови, а также резким малокровием внутренних органов и тканей...»

«...Смерть гр. Д. наступила в результате за-



крытого перелома правого бедра, осложнившегося травматическим шоком.

Подтверждением изложенного являются: оскольчатый перелом правой бедренной кости в средней трети ее, неравномерное кровенаполнение органов, а также характерное клиническое течение посттравматического периода, проявившееся в виде бессознательного состояния, резкой бледности кожных покровов, холодным липким потом и низким артериальным давлением в пределах 60/20 мм ртутного столба...»

### МЕХАНИЧЕСКАЯ АСФИКСИЯ

«...Смерть гр. Б. наступила в результате механической асфиксии через повешение.

Изложенный вывод подтверждается совокупностью характерных и общих признаков для данного вида смерти.

Обнаружение в верхней трети шеи одиночной, косовосходящей, незамкнутой, неравномерно вдавленной странгуляционной борозды является характерным признаком данного вида механической асфиксии.

К общим признакам быстро наступившей смерти относятся: обильные, насыщенные трупные пятна, мелкоточечные кровоизлияния на слизистой оболочке глаз, следы самопроизвольного выделения кала и мочи, острая эмфизема легких, рассеянные мелкоточечные кровоизлияния под легочной плеврой (пятна Тардые), застойное полнокровие внутренних органов, жидкое состояние крови и переполнение ею правой половины сердца...»

«...Смерть гр. У. последовала от механической асфиксии от сдавления органов шеи руками, что подтверждается совокупностью специфических и общих признаков для данного вида механической асфиксии.

К специфическим относятся: полулунные ссадины на боковых и частично передней поверхностях шеи, перелом рожков подъязычной ко-



сти и обширные сочные темно-красные кровоизлияния в мягкие ткани шеи.

Из общих наружных и внутренних признаков быстро наступившей смерти обнаружено: синюшность и одутловатость лица, мелкоточечные кровоизлияния под слизистой оболочкой глаз, острая эмфизема легких, мелкоточечные кровоизлияния под легочной плеврой и наружной оболочкой сердца, застойное полнокровие внутренних органов, жидкое состояние крови и переполнение ею правой половины сердца...»

«...Смерть гр. Л. наступила в результате механической асфиксии от сдавления груди и живота.

Изложенный вывод о причине смерти подтверждается резкой синюшностью (чугунный вид) и одутловатостью лица, верхней части груди и верхних конечностей с множеством мелкоточечных кровоизлияний в кожу, слизистые оболочки глаз и рта, резким вздутием легких с «карминовым отеком» их ткани; множественным двусторонним переломом ребер по нескольким анатомическим линиям, а также общими признаками быстро наступившей смерти...»

«...Смерть гр. Т. наступила в результате механической асфиксии от утопления в воде.

Изложенный вывод подтверждается совокупностью признаков, к которым относятся: стойкая мелкопузырчатая пена у отверстий рта и носа, расплывчатые светло-розовые пятна под легочной плеврой (пятна Рассказова-Лукомского), жидкость в пазухе основной кости, отек ложа желчного пузыря, обильные сплошные трупные пятна светло-розового цвета, застойное полнокровие внутренних органов, жидкое состояние крови и переполнение ею правой половины сердца...»

«...Смерть гр. И. наступила в результате механической асфиксии от аспирации рвотных масс.

Данный вывод подтверждается наличием в просвете дыхательных путей, вплоть до мелких



бронхов рвотных масс, результатами микроскопического исследования, при котором в альвеолах обнаружены пищевые массы, а также общими признаками быстро наступившей смерти...»

## ДЕЙСТВИЕ КРАЙНИХ ТЕМПЕРАТУР

### Танатогенез при действии высокой температуры

В патогенезе ожоговой болезни решающее значение приобретает утрата основной массы кожного покрова и гибель кожи как физиологической системы.

Смерть может наступить в любом из периодов ожоговой болезни и будет обуславливаться различными причинами (рис. 2).

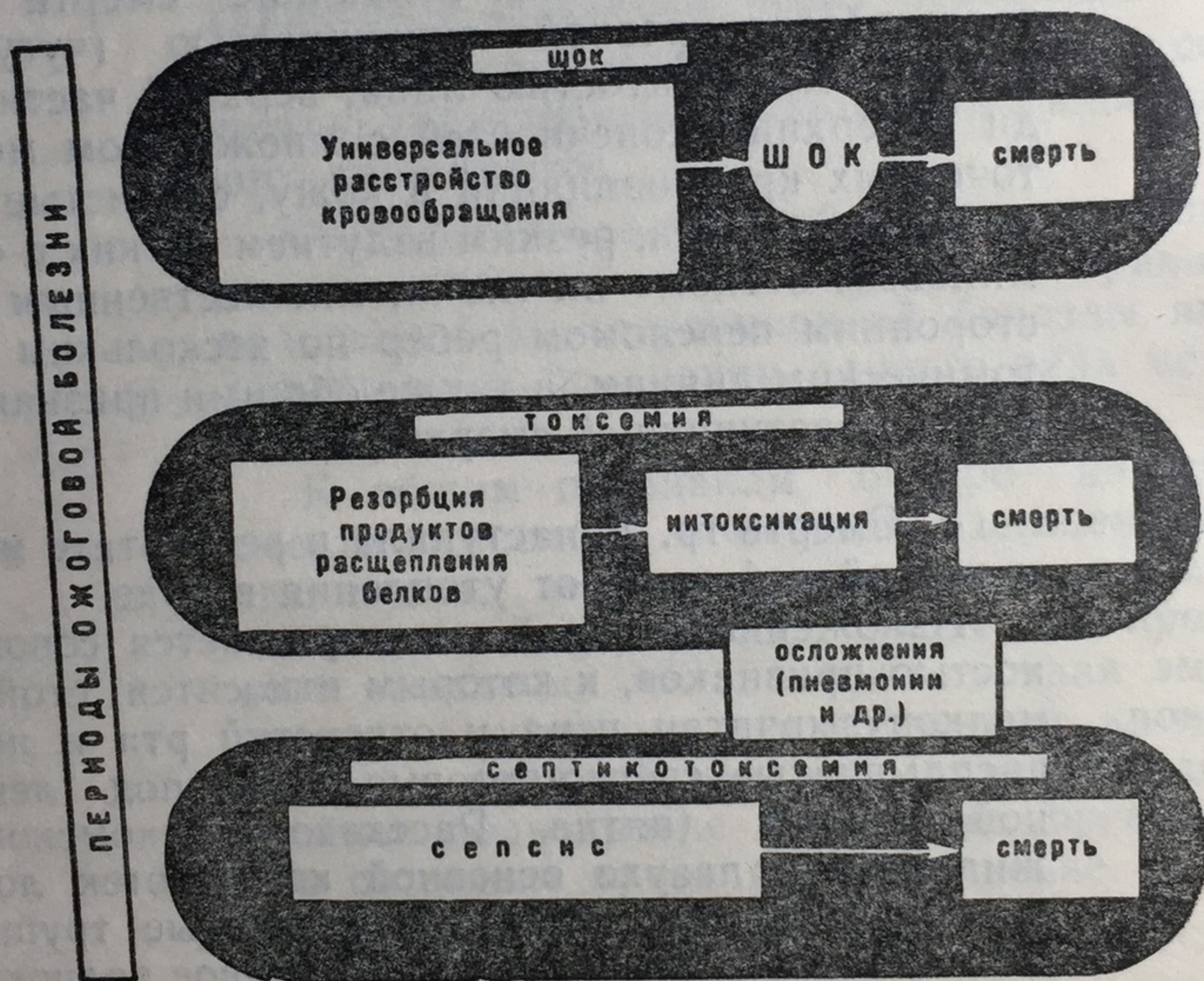


Рис. 2

### Признаки прижизненного действия высокой температуры

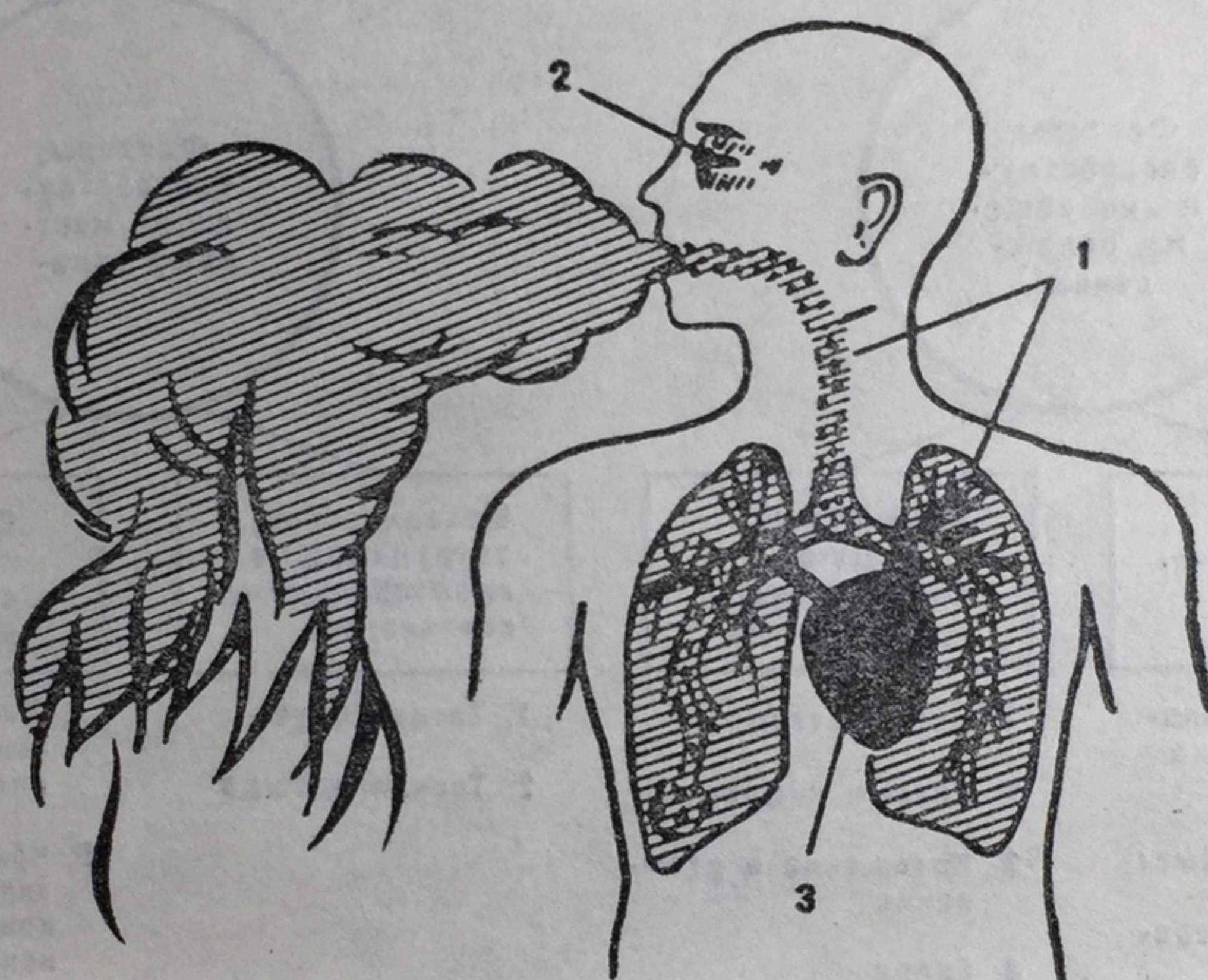
«...Смерть гр. Ю. наступила в результате шока, развившегося от действия высокой температуры.

Изложенный вывод о причине смерти под-



тверждается наличием ожоговых пузырей на поверхностях тела, занимающих до 70% площади, выявлением копоты в верхних дыхательных путях, в легких, вплоть до альвеол, сохранением участков неповрежденной кожи вокруг глаз, обнаружением в крови карбоксигемоглобина, а также неравномерным кровенаполнением внутренних органов...»

«...Причиной смерти гр. З. явилась ожоговая болезнь, осложнившаяся токсемией.



- 1 Копоть в верхних дыхательных путях и в легких вплоть до альвеол.
- 2 Сохранение вокруг глаз на веках неповрежденных участков кожи. Глазные яблоки часто не повреждены.
3. СОНЬ в крови из сердца и из глубоких вен.
4. Признаки быстрой смерти.
5. Ожоги второй степени с реактивными изменениями вокруг.

Рис. 3

Указанный вывод подтверждается наличием на коже передней поверхности грудной клетки и конечностях глубоких термических ожогов II—III степени в стадии заживления, занимавших до 36% поверхности тела, дистрофическими изменениями паренхиматозных органов, а также клиническим течением ожоговой болезни (высокая температура тела, вялость, заторможенность,



снижение количества белка, повышение остаточного азота, отрицательный азотистый баланс и т. д.)...»

## ДЕЙСТВИЕ НИЗКОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ

При действии низкой температуры на организм человека возникает ряд общих и местных реакций, выраженность которых зависит от ряда факторов: метеорологических, механических, снижающих общую и местную сопротивляемость тканей (рис. 4).

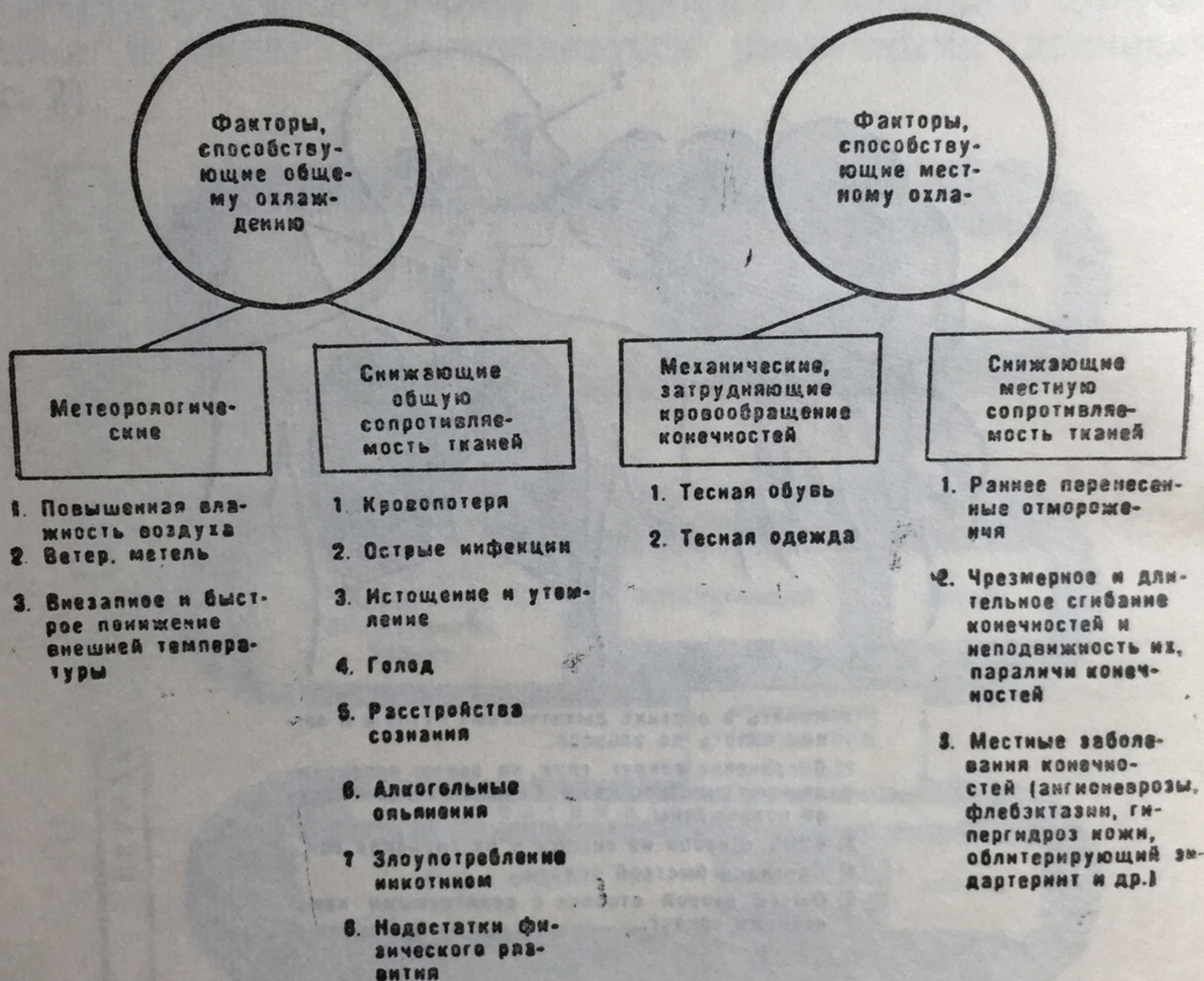


Рис. 4

«...Смерть гр. В. наступила в результате общего переохлаждения тела.

Изложенный вывод о причине смерти подтверждается: ярко-розовым цветом трупных пятен, участками ознобления открытых частей тела (лицо, кисти рук), наличием четко отграниченных мелких кровоизлияний по вершинам складок сли-



зистой оболочки желудка (пятна Вишневского), отрицательной печеночной пробой на гликоген, а также некоторыми общими признаками быстро наступившей смерти (жидкое состояние крови, венозное полнокровие внутренних органов).

Предшествующее алкогольное опьянение явилось фактором, способствующим общему охлаждению тела. На алкогольное опьянение указывают результаты судебно-химического исследования, при котором в крови и моче из трупа гр. В. был обнаружен этиловый алкоголь в количестве соответственно 2,1‰ и 1,5‰...»

### ДЕЙСТВИЕ АТМОСФЕРНОГО И ТЕХНИЧЕСКОГО ЭЛЕКТРИЧЕСТВА

«...Смерть гр. А. наступила в результате поражения атмосферным электричеством.

Об этом свидетельствуют: наличие на передней поверхности правого бедра рассеянных поверхностных ран с обугленными краями, покраснением кожи в виде древовидно разветвленных фигур, общие признаки быстро наступившей смерти, а также расположение на одежде множества разрывов ткани с опалением нитей и расплавлением металлических пуговиц...»

«...Смерть гр. С. наступила в результате поражения техническим электричеством, на что указывает совокупность специфических и общих признаков для данного вида смерти.

К специфическим признакам относятся: электрометки, расположенные на коже передней поверхности запястья и большого пальца, которые имеют вид участков, где верхний слой кожи отслоен в виде возвышающегося по краям валика и с западающим дном буро-красного цвета. При микроскопическом исследовании были обнаружены изменения в виде сотообразных пустот в роговом слое, отслойки эпидермиса от глубоких слоев, фигуры «щеток», вытянутость эндотелиальных, соединительнотканых и адвентициальных клеток дермы.



К общим признакам относятся мелкоточечные темно-красного цвета кровоизлияния под легочной плеврой и наружной оболочкой сердца, застойное полнокровие внутренних органов, острая эмфизема легких, жидкое состояние крови и переполнение ее правой половины сердца...»

## ДЕЙСТВИЕ ЯДОВИТЫХ ВЕЩЕСТВ

Диагностика отравлений относится к одному из сложных видов экспертиз и должна базироваться на использовании комплекса методов исследования. Наиболее важное значение из них приобретает судебно-химическое исследование соответствующих органов, частей трупа и выделений человеческого тела.

При подозрении на отравление неизвестным ядом должно проводиться полное судебно-химическое исследование согласно перечню ядовитых веществ, указанных в приложении к приказу министра здравоохранения СССР от 10 апреля 1962 года.

Комплекс органов и тканей, изъятых из трупа и направляемый на исследование, должен быть следующим (рис. 5):

**ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОТРАВЛЕНИЕ НЕИЗВЕСТНЫМ  
ЯДОМ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ВЗЯТЫ В ОТДЕЛЬНЫЕ БАНКИ  
ОБЯЗАТЕЛЬНО:**

- а) в банку № 1 Желудок с содержимым;  
1 метр тонкой кишки с содержимым;  
1 метр толстой кишки с содержимым;
- б) в банку № 2 1/3 полнокровных участков печени;  
желчный пузырь с содержимым;
- в) в банку № 3 Одну почку; всю мочу;
- г) в банку № 4 1/3 головного мозга;
- д) в банку № 5 Сердце; селезенку;  
1/4 полнокровных участков легких.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНО  
(в отдельные банки)**

- 1 При подозрении на введение яда через влагалище—  
МАТКУ С ВЛАГАЛИЩЕМ.
- 2 При подозрении на введение яда через прямую кишку—  
ПРЯМУЮ КИШКУ С СОДЕРЖИМЫМ.
- 3 При подозрении на подкожное и внутримышечное  
введение яда—УЧАСТКИ КОЖИ И МЫШЦ из мест  
предполагаемого введения.  
(из трупа взрослого человека изымается не менее 2 кг органов).



Положительный результат судебно-химического исследования сам по себе еще не доказывает факта отравления, так же как и отрицательный не исключает его.

Если во внутренних органах было обнаружено ядовитое вещество, то прежде чем делать вывод, что это послужило причиной смерти, необходимо исключить случайное его попадание в организм (введение лекарств, профессиональные вредности и т. д.).

Отрицательный результат судебно-химического исследования не исключает полностью возможность отравления тем или иным ядовитым веществом. Необходимо учитывать, что яд может быть выведен из организма или еще при жизни претерпел определенные изменения. В этих случаях могут быть лишь обнаружены продукты распада этого вещества. При высокой токсичности яда, когда минимальные дозы его приводят к смертельному исходу, существующими методами исследования он может быть не обнаружен.

«...Смерть гр. Г. наступила в результате отравления метиловым спиртом.

Данный вывод о причине смерти подтверждается результатами судебно-химического исследования, при котором в крови и органах из трупа гр. Г. был обнаружен метиловый спирт, резкими дегенеративными изменениями мышцы сердца, печени, почек, зрительного нерва и сетчатки глаза (выявленные при микроскопии), а также ярко-красной окраской трупных пятен, выраженным трупным окоченением, полнокровием внутренних органов, наличием множества кровоизлияний в них и в веществе мозга...»

«...Смерть гр. С. наступила в результате отравления уксусной кислотой.

Изложенный вывод о причине смерти подтверждается наличием у отверстий рта потеков жидкости в виде желтовато-серых пергаментных пятен, обнаружением химических ожогов на слизистой оболочке рта, в местах физиологического сужения пищевода и малой кривизны желудка.

При судебно-химическом исследовании органов из трупа гр. С. была обнаружена уксусная кислота...»



«...Смерть гр. Д. наступила в результате отравления окисью углерода, что подтверждается положительным результатом спектрального исследования трупной крови на карбоксигемоглобин в сочетании с другими признаками отравления: жидким состоянием алой крови, ярко-красным окрашиванием тканей и органов, розоватым оттенком кожи и трупных пятен...»

«...Полным судебно-медицинским исследованием трупа гр. З. каких-либо телесных повреждений не обнаружено, а морфологические изменения органов указывают лишь на быстрый механизм наступления смерти.

Однако, принимая во внимание результаты ботанического исследования, при котором в содержимом желудка обнаружены частицы растительного происхождения — грибы, относящиеся к мухоморам, следует считать, что смерть гр. З. наступила в результате действия ядовитого вещества (мускарин или мускаридин), содержащегося в этих грибах...»

### СКОРОПОСТИЖНАЯ СМЕРТЬ

«...Смерть гр. П. наступила в результате острой ишемической болезни сердца на фоне атеросклероза с преимущественным поражением венечных артерий.

Изложенный вывод подтверждается неравномерным кровенаполнением мышцы сердца, в сочетании с общими признаками быстро наступившей смерти, наличием в просвете венечных артерий структурных проявлений атеросклеротического процесса в виде липоидных пятен, фиброзных бляшек, занимавших до 45% площади сосудов и суживающих местами просвет их до степени тяжелого стеноза.

Помимо этого изложенный вывод подтверждается и данными биохимического исследования, при котором в сыворотке крови, стенках венечных артерий и мышце сердца было выявлено повышенное содержание общих липидов, общего, эстерифицированного и свободного холестерина



при одновременном резком снижении концентрации фосфолипидов...»

«...Смерть гр. У. наступила в результате острой ишемической болезни сердца на фоне атеросклероза и его сочетания с гипертонической болезнью.

Изложенный вывод подтверждается следующими морфологическими изменениями органов: наличием в просвете венечных артерий проявлений атеросклеротического процесса в виде фиброзных бляшек, занимавших до 30% площади сосудов, увеличением размеров и веса сердца ( $15 \times 14 \times 7$  см, 550 г), неравномерным кровенаполнением миокарда, мелкозернистой поверхностью почек, а также данными микроскопического исследования...»

«...Смерть ребенка Л. наступила в результате двустороннего мелкоочагового воспаления легких.

Об этом свидетельствуют следующие морфологические изменения в ткани легких: наличие на поверхностях легких чередующихся между собой участков эмфиземы (воздушности) и ателектаза (безвоздушности), кусочки легочной ткани из которых при погружении в воду тонут, обнаружением в просвете мелких и средних бронхов большого количества слизи, а также данными микроскопического исследования, при котором были выявлены явления воспаления в виде заполнения серозной жидкостью альвеолярных ходов и альвеол, отека и инфильтрации лейкоцитами альвеолярных перегородок со значительной пролиферацией их гистиоцитами...»

В случае ненасильственной смерти необходимо решить вопрос о наличии телесных повреждений.

Если телесных повреждений нет, это должно быть отображено в выводах.

При наличии телесных повреждений (ссадины, кровоподтеки, раны) эксперт обязан указать способ их возникновения и, что главное, выяснить причинную связь их со смертельным исходом.



«...При исследовании трупа гр. Б. были обнаружены телесные повреждения в виде ссадин и кровоподтеков, располагавшихся на коже волосистой части головы в затылочной области.

Эти повреждения причинены в результате действия тупых твердых предметов или же при ударе о таковые. Они не могли оказать какого-либо влияния на неблагоприятный исход основного заболевания...»



### ГЛАВА III.

## РАЗРЕШЕНИЕ ВОПРОСОВ О ХАРАКТЕРЕ ДЕЙСТВОВАВШЕГО ПРЕДМЕТА И МЕХАНИЗМЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ

Наиболее часто повреждения возникают в результате действия механических факторов. Разнообразие повреждений зависит от скорости и направления движения предмета, формы соприкасающихся поверхностей, направления движения и характера повреждаемых тканей, а также индивидуальных особенностей организма.

В наиболее общем виде все механические факторы принято разделять на тупые и острые предметы и огнестрельное оружие. В своих выводах эксперт не должен ограничиваться указанием на общий характер действия предмета — тупая травма, огнестрельное повреждение и т. п. Он обязан, тщательно анализируя особенности повреждений, воссоздать всю динамику и механизм травмы, что, бесспорно, имеет большое значение для органов расследования.

**Воздействие тупых предметов.** Повреждения мягких тканей в виде ссадин, кровоподтеков, ран, как правило, возникают в местах непосредственного действия тупых предметов и позволяют довольно легко решить вопрос о направлении действующей силы. Однако эти повреждения, сами по себе, крайне редко позволяют конкретизировать характерные особенности действовавшего фактора. Наибольшее значение для суждения о механизме действия тупого предмета и тем более о специфике самой травмы (автомобильная, железнодорожная, падение с высоты и т. п.) имеют повреждения внутренних органов и костей.



Установление индивидуальных особенностей предмета, т. е. его идентификация, представляет значительные трудности и требует применения дополнительных методов исследования.

При повреждениях тупыми предметами обычно выдвигаются следующие вопросы:

- «... 1. Характер действовавшего предмета.
2. Направление действующей силы (удара).
3. Число ударов и их последовательность.
4. Имеются ли признаки, позволяющие судить об индивидуальных особенностях предмета?
5. Не причинены ли повреждения предметом, подобным представленному на экспертизу?..»

#### ВАРИАНТЫ ФОРМУЛИРОВОК ВЫВОДОВ:

«...Повреждения головы возникли в результате действия тупого твердого предмета, на что указывает наличие множественных закрытых переломов костей свода и основания черепа при сохранении целостности мягких тканей головы.

Отсутствие специфических признаков не дает возможности высказаться об индивидуальных особенностях предмета...»

«...Повреждения органов грудной полости явились результатом сдавления грудной клетки между двумя тупыми предметами, имеющими значительную протяженность. Об этом свидетельствуют следующие характерные повреждения: множественные переломы ребер по различным анатомическим линиям, перелом грудины и ключиц, разрыв диафрагмы и перемещение легких и органов средостения в брюшную полость...»

«...Повреждения свода черепа причинены тупым твердым предметом с ограниченной поверхностью действия, на что указывает наличие вдавленных переломов теменных костей размерами  $1,5 \times 1,5$  см каждый.

Указанные повреждения могли возникнуть в результате действия представленного на исследование молотка, ударяющая поверхность которого имеет размеры  $1,5 \times 1,5$  см, а также в результате действия любого другого предмета, имеющего аналогичные свойства...»



«...Судя по характеру повреждений головы, действующая сила тупого предмета была направлена сзади наперед. Изложенный вывод подтверждается рядом характерных повреждений: ушибленная рана мягких тканей затылочной области, перелом костей основания черепа в виде трещины, распространяющейся от затылочного бугра до пирамидки левой височной кости, а также кровоизлияния в мягкую мозговую оболочку и вещество лобных долей больших полушарий головного мозга (эффект противоудара)...»

«...Повреждения головы причинены в результате воздействия тупого предмета значительной протяженности, действующая сила которого была направлена сверху вниз. На это указывают обширные кровоизлияния в мягкие ткани обеих теменных областей и кровоизлияния в вещество теменных долей больших полушарий головного мозга (эффект ударной кавитации) при сохранении целостности костей...»

«...Повреждения головы причинены в результате неоднократного действия тупого предмета — не менее трех ударов, что подтверждается наличием трех дырчатых переломов костей свода черепа соответственно в правой теменной, левой теменной и левой затылочной областях.

Удар в правую теменную область предшествовал двум другим, на что указывает следующий дифференциальный признак: радиально отходящие трещины от места перелома в правой теменной кости, не пересекающиеся с аналогичными трещинами, отходящими от других дырчатых переломов...»

**Автомобильная травма.** При автомобильной травме возникают повреждения, причиняемые как наружными частями транспорта, так и находящимися внутри его при внезапном торможении, а также при падении из автомобиля.

Различают следующие виды автомобильных травм:

1. Удар частями движущегося автомобиля. При столкновении движущегося автомобиля с человеком механизм возникновения повреждений обычно включает следующие этапы:



соприкосновение частей автомобиля с человеком, падение тела на автомобиль, отбрасывание тела и падение его на грунт, а также скольжение тела по грунту (рис. 6).

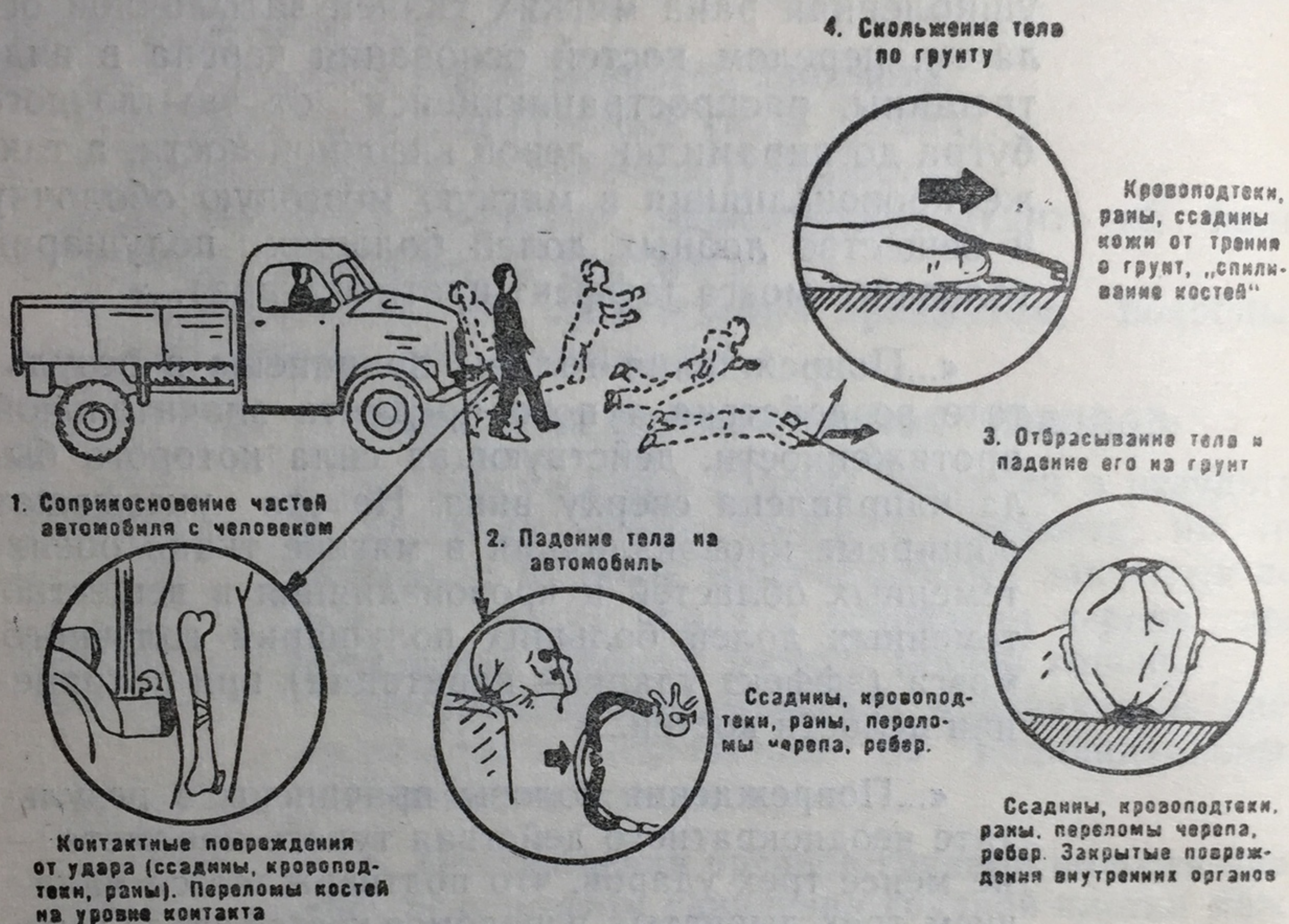


Рис. 6

2. Переезд (полный или неполный) колесами движущегося автомобиля. При этом виде автомобильного травматизма механизм возникновения повреждений также складывается из нескольких этапов: соприкосновение с движущимся колесом, волочение, перекатывание, протаскивание тела по грунту, въезд колеса на лежащее тело, переезд тела колесом (иногда вторичное волочение) (рис. 7).

3. Падение из автомобиля. При выпадении человека из движущегося автомобиля многообразие и специфичность повреждений определяются характерной этапностью в возникновении повреждений: соприкосновение тела с частями автомобиля, падение на грунт, скольжение по грунту (рис. 8).

4. Травма в кабине автомобиля. Для этого вида травмы характерны так называемые контактные повреждения: раны, ссадины, кровоподтеки, переломы костей черепа с повреждением вещества головного мозга, переломы грудины (чаще у



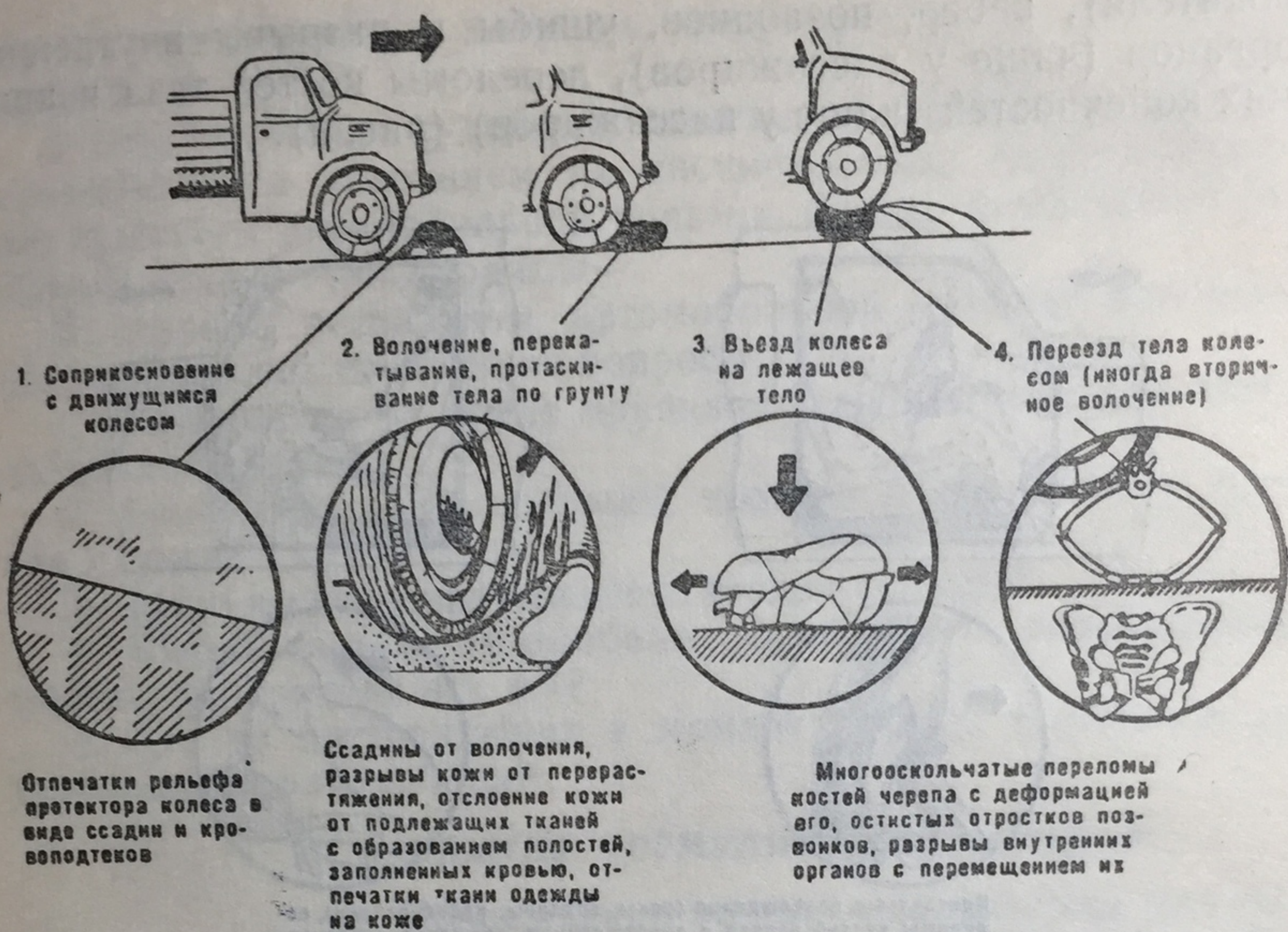


Рис. 7

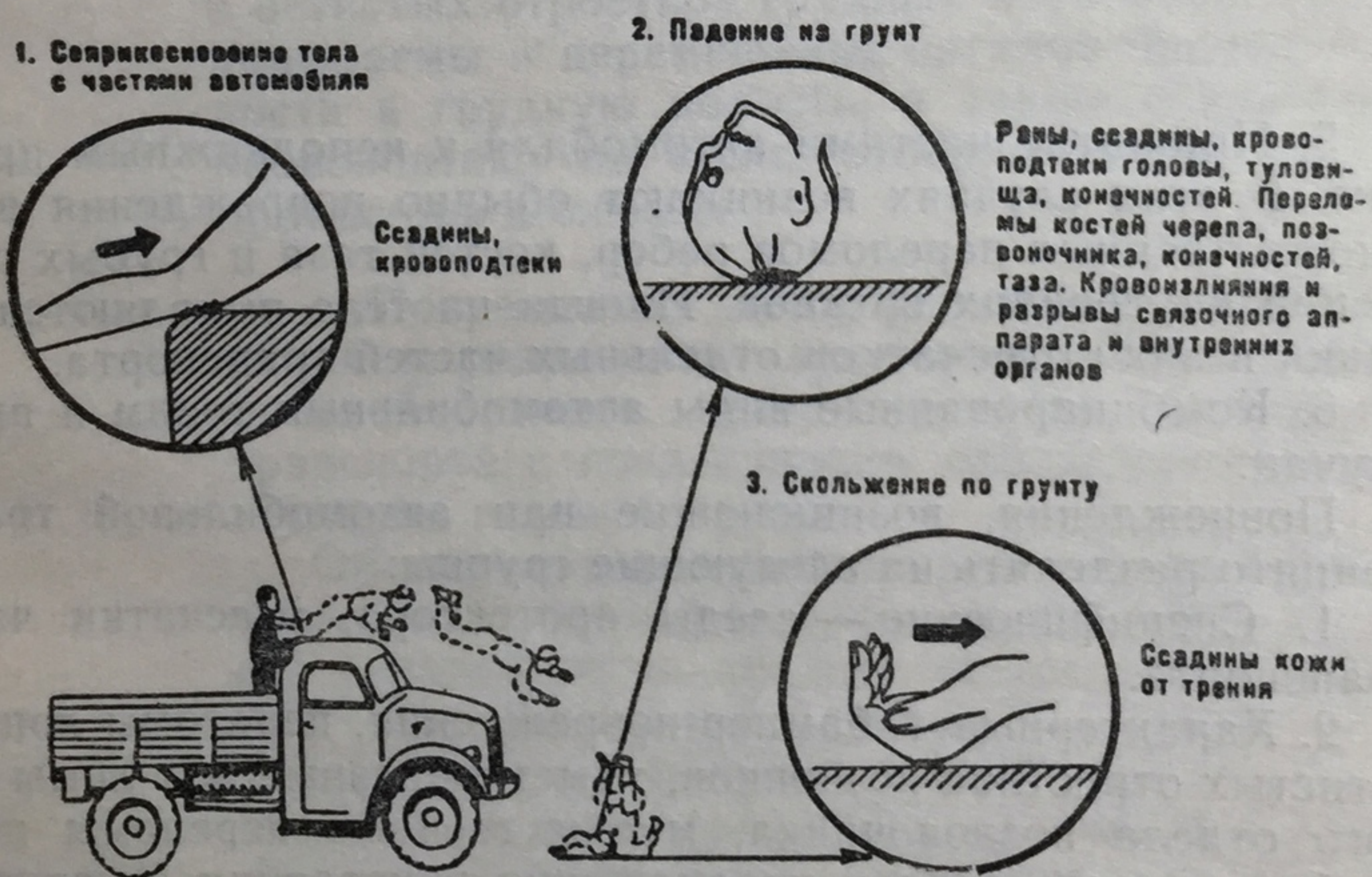
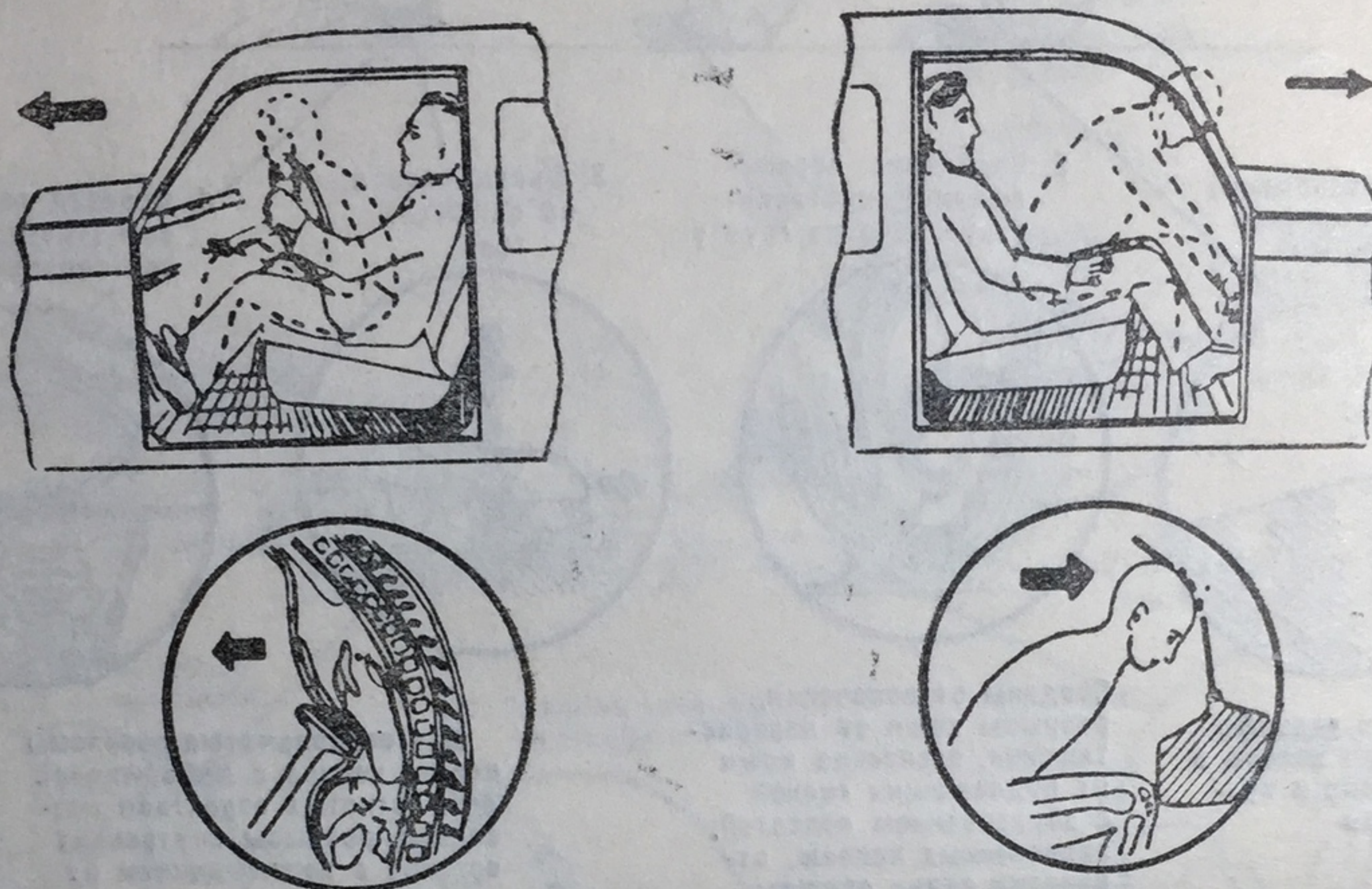


Рис. 8



водителя), ребер, позвонков, ушибы и разрывы внутренних органов (чаще у пассажиров), переломы костей таза и нижних конечностей (чаще у пассажиров) (рис. 9).



Контактные повреждения (раны, ссадины, кровоподтеки), переломы костей черепа с повреждением вещества головного мозга, переломы грудины (чаще у водителя), ребер, позвонков, ушибы и разрывы внутренних органов (чаще у пассажиров), переломы костей таза и нижних конечностей (чаще у пассажиров)

Рис. 9

5. Прижатие частями автомобиля к неподвижным предметам. В этих случаях возникают обычно повреждения в виде множественных переломов ребер, костей таза и грубых разрушений внутренних органов. Иногда на теле выявляются признаки в виде отпечатков отдельных частей транспорта.

6. Комбинированные виды автомобильных травм и прочие случаи.

Повреждения, возникающие при автомобильной травме, принято разделять на следующие группы:

1. Специфические — следы протектора, отпечатки частей транспорта.

2. Характерные — бампер-повреждения, переломы лопаток, остистых отростков позвонков, хлыстообразные переломы шейного отдела позвоночника, множественные переломы ребер, грубые повреждения и перемещения внутренних органов, отслоение кожи и т. п.

3. Нехарактерные — различные ссадины, кровоподтеки, ра-



ны, т. е. повреждения, могущие возникнуть и при других ситуациях.

В своих выводах судебно-медицинский эксперт не должен ограничиваться указанием на специфические или характерные признаки автомобильной травмы. Всегда необходимо определить вид и этапы травмы.

В случаях экспертизы автомобильной травмы наиболее часто возникают следующие вопросы:

1. Имеются ли на трупе признаки, характерные для автомобильной травмы?

2. Какой вид автомобильной травмы имел место в данном случае?

3. Число и последовательность этапов травмы?

4. Какой частью автомобиля причинены повреждения (бампером, колесом и т. п.)?

5. Кто из пострадавших в момент травмы находился за управлением автомобиля?

#### ВАРИАНТЫ ФОРМУЛИРОВОК ВЫВОДОВ:

«...Повреждения на трупе характерны для переезда тела колесами автомобильного транспорта — множественные переломы ребер по различным анатомическим линиям, переломы лопаток и остистых отростков грудных позвонков, разрыв диафрагмы и перемещение органов брюшной полости в грудную полость, а также осаднение и кровоподтеки на коже, отображающие рисунок протектора колеса...»

«...Повреждения тела, вероятнее всего, возникли в результате следующих этапов автомобильной травмы: удар частями движущегося транспорта с последующим отбрасыванием тела и ударом головой о грунт.

Об этом свидетельствует ряд характерных повреждений: бампер-ссадина на задней поверхности средней трети правого бедра, соответствующий ссадине бампер-перелом бедренной кости, ушибленная рана мягких тканей лобной области, перелом глазничных отростков лобной кости, а также осаднение кожи ладонных поверхностей.

При вышеуказанном механизме возникновения повреждений удар частями автомобиля был



направлен сзади наперед, а пострадавший находился в вертикальном или близком к нему положении...»

«...Обнаруженные на трупе повреждения обычно возникают у водителей в момент резкого прекращения движения автомобиля. Об этом свидетельствуют следующие характерные признаки: вдавленный перелом грудины и перелом ребер по окологрудинным линиям, ушибленные раны лица и лба, а также переломы надколенников...»

**Железнодорожная травма.** При действии рельсового транспорта возникают повреждения, характерные и нехарактерные для этой травмы.

К повреждениям, характерным для железнодорожной травмы, прежде всего относятся те, которые образуются в результате действия колес рельсового транспорта при перекатывании их через тело: отпечатки давящей поверхности колеса в виде полос пергаментной плотности, следы обтирания, которые наблюдаются по бокам отпечатков колеса, расчленение тела, грубые повреждения костей, внутренних органов, следы волочения.

К нехарактерным повреждениям относятся такие, которые возникают от действия рельсового транспорта, но по своим свойствам могут соответствовать повреждениям, возникающим от других причин.

При исследовании трупов лиц, погибших от действия рельсового транспорта, эксперту чаще всего приходится разрешать следующие вопросы:

1. Имеются ли на трупе признаки действия рельсового транспорта?

2. Каков механизм образования повреждений (переезд колесами, удар частями транспорта, падение из движущегося вагона и т. п.)?

3. Прижизненны ли повреждения от действия рельсового транспорта?

4. Не предшествовали ли прижизненным повреждениям от действия рельсового транспорта повреждения другого характера или отравление?

#### **ВАРИАНТЫ ФОРМУЛИРОВОК ВЫВОДОВ:**

«...Повреждения возникли в результате действия колес рельсового транспорта. Об этом сви-



детельствуют следующие особенности поврежде-  
ний: полоса давления пергаментной плотности и  
полосы обтирания на коже шеи при полном раз-  
рушении шейного отдела позвоночника и органов  
шеи, а также истончение ткани одежды соответ-  
ственно полосе давления на коже трупа...»

**Падение с высоты.** Характерными признаками при паде-  
нии тела с высоты являются несоответствие между наружны-  
ми повреждениями и повреждениями внутренних органов,  
расположение их на одной стороне тела, вколачивание поз-  
вочника в полость черепа, кольцевидные переломы костей  
основания черепа, вколоченные переломы бедренных костей и  
костей голени, переломы шеек бедренных костей, вколачива-  
ние головок бедренных костей в вертлужные впадины, пере-  
ломы ребер у мест прикрепления к позвоночнику и т. п.

Переломы костей могут быть прямые — в месте удара, и  
непрямые — на протяжении (например, при падении на ру-  
ки — переломы ключиц).

При падении человека, находящегося в вертикальном по-  
ложении, на плоскость могут возникать сотрясение и ушиб  
головного мозга, а также внутричерепные кровоизлияния. На-  
ружные повреждения при этом ограничиваются незначитель-  
ными ссадинами и кровоподтеками (рис. 10).

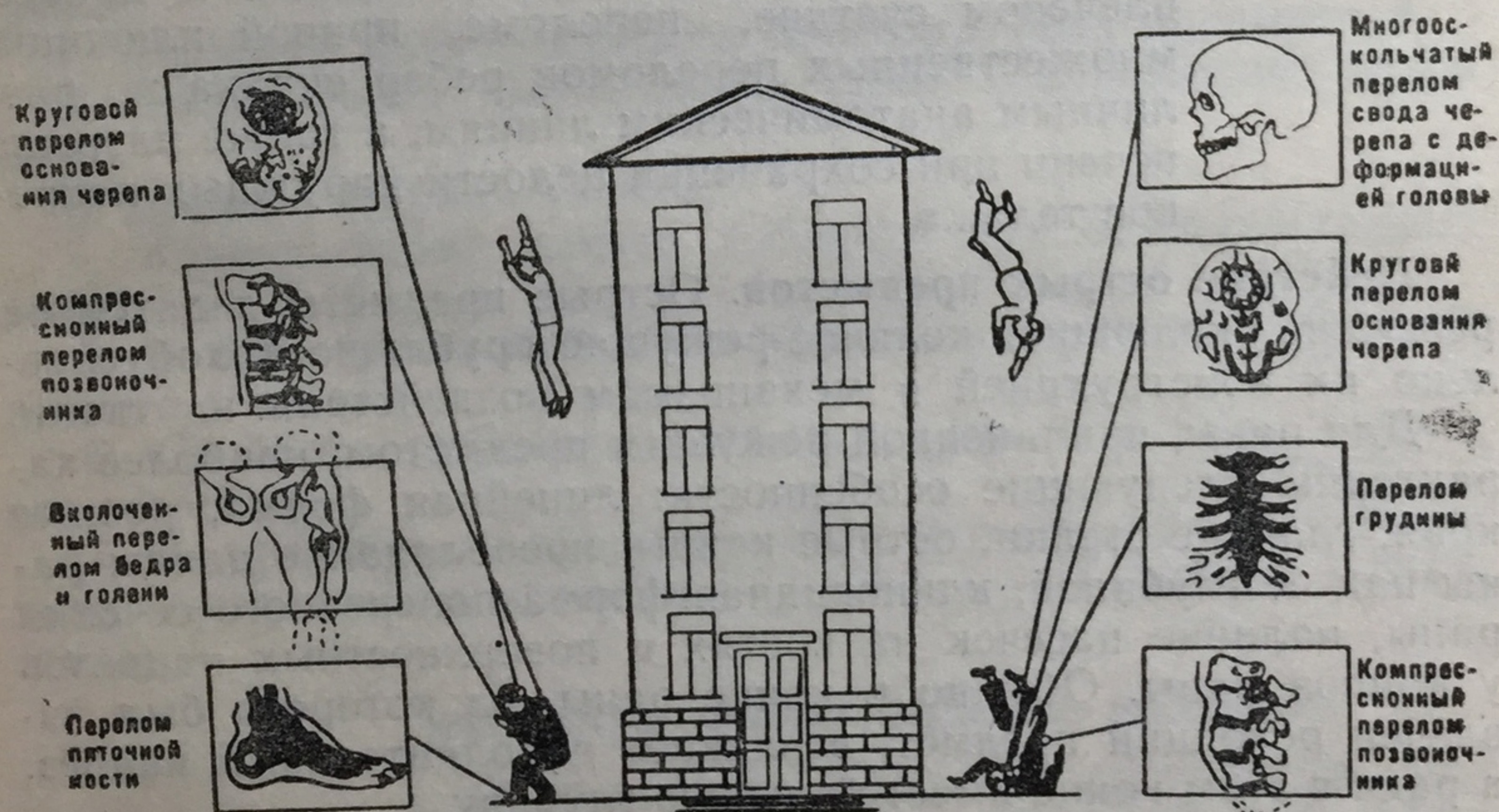


Рис. 10



При экспертизе этого вида травмы чаще всего возникают следующие вопросы:

1. Могли ли данные повреждения возникнуть в результате падения с высоты?

2. В каком положении находилось тело в момент удара?

3. Нет ли на трупе признаков, указывающих на другие внешние воздействия?

#### ВАРИАНТЫ ФОРМУЛИРОВОК ВЫВОДОВ:

«...Повреждения тела возникли при падении с высоты на ноги. Изложенный вывод подтверждается наличием следующих характерных повреждений: вколоченные переломы костей голени, вколачивание головок бедренных костей в вертлужные впадины, компрессионные переломы тел позвонков, круговой перелом затылочной кости, а также общих признаков сотрясения тела, при отсутствии наружных повреждений...»

«...Указанные повреждения могли возникнуть при свободном падении тела с высоты и ударе правой боковой поверхностью тела о грунт, что подтверждается обнаружением следующих характерных признаков: перелома костей правого предплечья в нижней трети, вывиха в правом плечевом суставе, перелома правой ключицы, множественных переломов ребер справа по различным анатомическим линиям, а также разрыва печени при сохранении целостности наружных покровов тела...»

**Действие острых предметов.** Острые предметы делятся на режущие, колющие, колюще-режущие и рубящие, что обусловлено их конструкцией и механизмом воздействия на ткани.

Для раны, причиненной режущим предметом, наиболее характерны следующие особенности: линейная форма, ровные края, гладкие стенки, острые концы, преобладание длины раны над ее глубиной, клиновидная форма поперечного сечения раны, наличие насечек на костях и поверхностных надрезов у концов раны. Обычно в конце раны, из которого был извлечен режущий предмет, возникает дополнительный надрез, а рана в этом конце имеет большую глубину.

Колющие предметы, проникая в ткани, раздвигают и расщепляют их, образуя небольшое входное отверстие и ране-



вой канал. Конические и цилиндрические предметы образуют на коже раны, которые при зиянии приобретают овальную форму, а при сведении — щелевидную. При наличии граней на предмете могут образоваться раны с отдельными лучами, число которых будет равняться числу граней. При большой силе удара колющим предметом образуются отверстия в плоских костях, по форме которых можно определить характер поперечного сечения предмета. Установление направления раневого канала обычно не представляет значительных трудностей, за исключением случаев повреждений подвижных органов — кишечника, легких и т. п.

Раны от действия колюще-режущих предметов характеризуются веретенообразной или линейной формой с ровными краями и гладкими стенками, с одним или обоими острыми концами (в зависимости от того, имеется ли обушок или клинок обоюдоострый) и преобладанием глубины раны над ее длиной. Нередко при извлечении клинка из раны в одном из ее концов может возникать дополнительный разрез.

Основной признак, отличающий рубленые раны от резаных, — нарушение целостности костей. Чаще всего повреждения костей позволяют устанавливать конкретные свойства рубящего предмета.

При исследовании повреждений острыми предметами эксперту чаще всего приходится разрешать следующие вопросы:

1. Характер действовавшего предмета (вид предмета)?
2. Направление действующей силы (направление разреза)?
3. Длина и ширина канала?
4. Какова форма клинка (обоюдо- или одностороннеострый)?
5. Какова форма колющего предмета и размеры его поперечного сечения?
6. Свойства рубящего предмета (длина лезвия, степень его остроты)?
7. Не предметом ли, подобным представленному на экспертизу, причинено повреждение (нож, вилка, топор, кинжал и т. д.)?

#### ВАРИАНТЫ ФОРМУЛИРОВОК ВЫВОДОВ:

«...Повреждение передней поверхности шеи причинено режущим предметом, на что указывают следующие характерные особенности раны:



дугοобразно-линейная форма, ровные края, гладкие стенки, острые концы, преобладание длины раны над ее глубиной, а также наличие надрезов надкостницы тела шейного позвонка».

«...Резаная рана правого предплечья возникла в результате неоднократного действия травмирующего предмета. Об этом свидетельствуют большое число поверхностных надрезов кожи у обоих концов раны, а также множественные насечки на костях предплечья».

«...Учитывая некоторые особенности раны в области шеи — преобладание глубины левого конца раны над правым, наличие поверхностного надреза кожи у левого конца раны, можно считать, что в данном случае основное направление действующего предмета было справа налево...»

«...Ранение груди причинено в результате действия колюще-режущего предмета. Данный вывод подтверждается наличием на передней поверхности груди веретенообразной раны, с ровными краями и гладкими стенками, продолжением которой является раневой канал, заканчивающийся у тела грудного позвонка...»

«...Раневой канал колото-резаного ранения имеет направление спереди назад, слева направо и несколько снизу вверх. Изложенный вывод подтверждается следующими особенностями повреждения грудной клетки: рана на коже грудной клетки располагается в 6-м межреберье по передне-подмышечной линии, верхний край раны подрыв, нижний — несколько скошен, раневой канал, проникающий через левое легкое, околосердечную сумку, оба желудочка сердца, заканчивается у тела 3-го грудного позвонка...»

«...Ранение груди причинено колюще-режущим предметом с двусторонней заточкой клинка, длина которого была не менее 13,5 см, а ширина не более 1,8 см на глубину проникнове-



ния мягких тканей. Данный вывод подтверждается наличием на коже груди веретенообразной раны с острыми концами размерами  $1,8 \times 0,2$  см, продолжением которой является раневой канал длиной около 13,5 см...»

«...Повреждение головы причинено колющим предметом. На это указывают наличие щелевидной формы раны на коже теменной области головы, округлого отверстия в правой теменной кости и раневого канала, заканчивающегося в правом боковом желудочке головного мозга...»

«...Канал проникающего ранения живота направлен спереди назад, справа налево и сверху вниз. Об этом свидетельствуют входная рана в правом подреберье, расположенная по среднеключичной линии на 1 см ниже реберной дуги, и раневой канал, проникающий через вещество печени до тела 1-го поясничного позвонка...»

«...Выявленные характерные особенности повреждения (рана кожи в виде овала с отходящими от него тремя лучами и повреждение теменной кости в виде треугольной формы отверстия) дают основание считать, что поперечное сечение колющего предмета имело трехгранную форму...»

«...Ввиду значительной податливости передней стенки и внутренних органов живота, определение длины канала проникающего ранения брюшной полости представляет значительные трудности.

При положении трупа на спине расстояние между входной раной на коже передней стенки живота и концом раневого канала у тела 1-го поясничного позвонка равняется 13,5 см...»

«...Множественные повреждения туловища причинены рубящим предметом, что подтверждается наличием ран веретенообразной формы с ровными краями, острыми концами и гладкими



стенками, а также наличием в глубине ран разрывов и переломов костей...»

**Огнестрельные повреждения.** Доказательством действия огнестрельного оружия является обнаружение входного отверстия, имеющего специфические признаки (дефект ткани, ободок осаднения, поясок обтирания и т. д.), раневого канала, выходного отверстия, а также дополнительных факторов выстрела и самого снаряда.

В судебной медицине различают три дистанции выстрела: выстрел в упор, выстрел с близкого и дальнего расстояния. Для выстрела в упор характерно почти полное отсутствие на коже вокруг входного отверстия дополнительных факторов выстрела, образование штанц-марки и симметричных разрывов кожи.

При выстреле с близкого расстояния на поверхность тела, помимо огнестрельного снаряда, действуют факторы близкого выстрела — газы, пламя, копоть, порошинки (рис. 11).

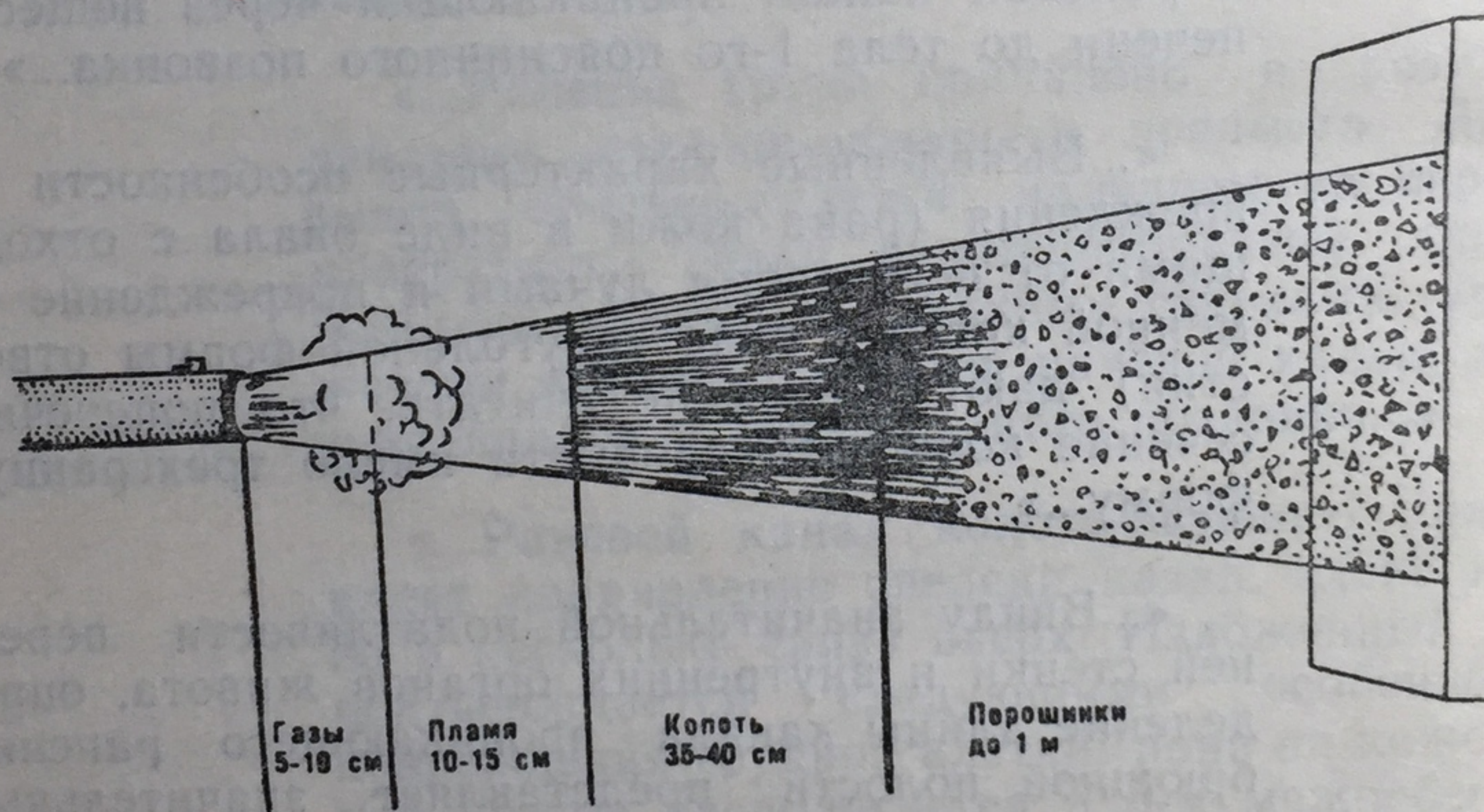


Рис. 11

Под выстрелом с дальнего расстояния понимают выстрел, при котором повреждение на теле причиняется лишь огнестрельным снарядом.

Ранения из дробовых ружей имеют своеобразные, только им присущие признаки: множественность ранений при одном выстреле, большинство из которых слепые, наличие в раневых каналах не только дроби, но и пыжей, картонных про-



кладок. При оценке дистанции выстрела из дробового оружия необходимо учитывать и степень рассеивания дроби (рис. 12).

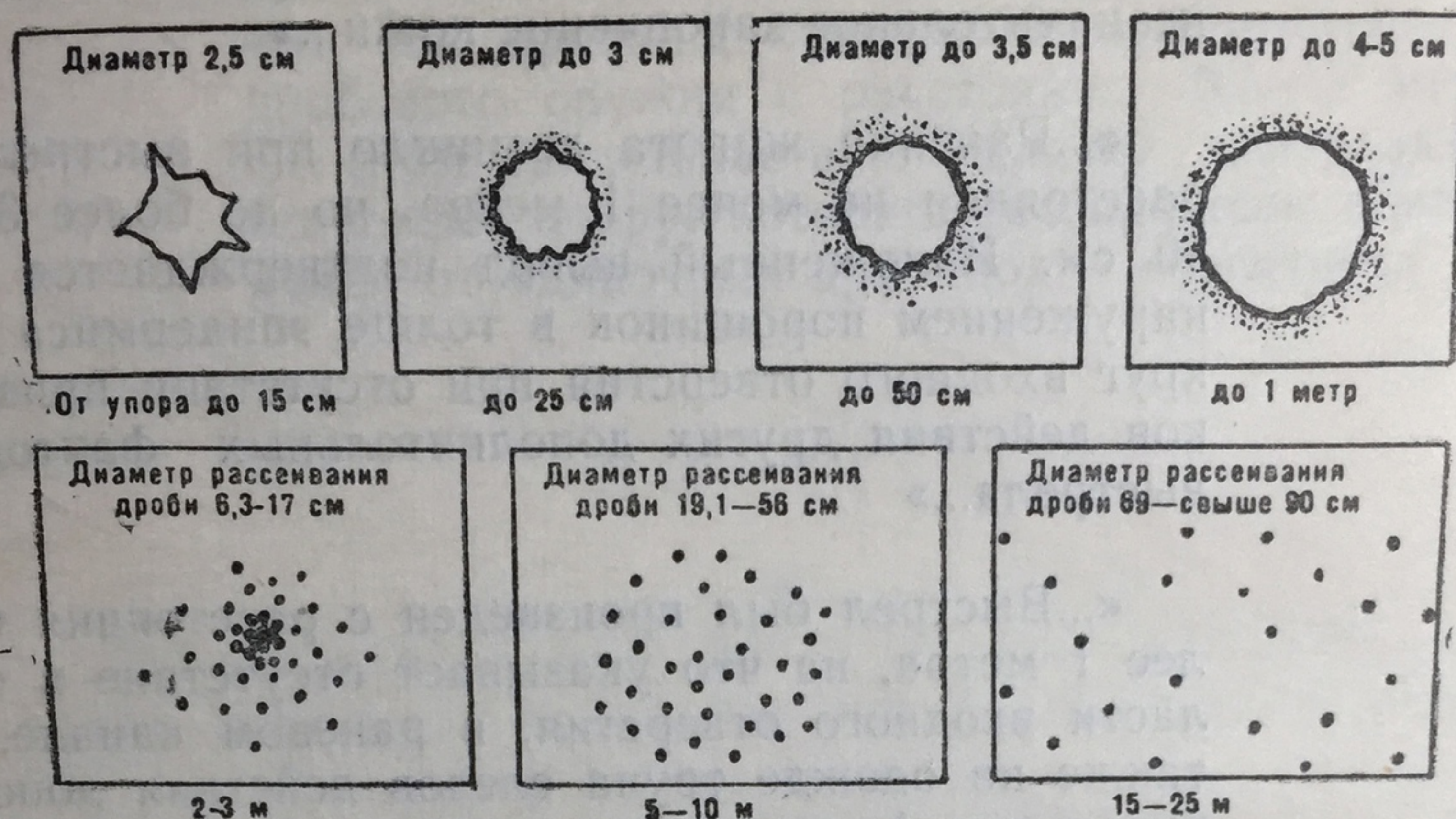


Рис. 12

При экспертизе огнестрельных повреждений эксперту обычно приходится разрешать следующие вопросы:

1. Имеются ли на трупе признаки огнестрельных повреждений?
2. Являются ли повреждения пулевыми или дробовыми?
3. Какова дистанция выстрела?
4. Где находятся входные и выходные отверстия, их число?
5. Направление раневого канала?

#### ВАРИАНТЫ ФОРМУЛИРОВОК ВЫВОДОВ:

«...Повреждение головы возникло в результате действия огнестрельного оружия, снаряженного пулей. Это подтверждается наличием в лобной области раны с типичными признаками входного огнестрельного отверстия — дефект ткани, пояска осаднения и обтирания, а также раневого канала, в глубине которого обнаружена деформированная пуля...»

«...Повреждение головы возникло при выстреле в упор. Об этом свидетельствуют характерные признаки в области входного отверстия — кре-



стообразный разрыв кожи и подкожной клетчатки с длиной лучей до 6—8 см, осаднение кожи в виде узкого кольца (штанц-марка), а также незначительное закопчение кожи...»

«...Ранение живота возникло при выстреле с расстояния не менее 1 метра, но не более 35—40 см. Изложенный вывод подтверждается обнаружением порошинок в толще эпидермиса вокруг входного отверстия при отсутствии признаков действия других дополнительных факторов выстрела...»

«...Выстрел был произведен с расстояния более 1 метра, на что указывает отсутствие в области входного отверстия, в раневом канале, а также на одежде трупа следов действия дополнительных факторов выстрела — газов, пламени, копоти, порошинок...»

«...Раневой канал имеет направление спереди назад и несколько сверху вниз. На это указывают локализация входного отверстия на расстоянии 85 см от стопы по передней поверхности бедра, выходного отверстия — на расстоянии 70 см по задней поверхности бедра и раневой канал, прямолинейно соединяющий обе раны...»

«...Ранение передней стенки живота причинено в результате действия огнестрельного дробового оружия. Этот вывод подтверждается наличием множественных округлых отверстий диаметром около 0,3 см с дефектом ткани и пояском осаднения, а также обнаружением дробы в глубине раневых каналов...»

«...При выстреле из гладкоствольного оружия, снаряженного дробью, с расстояния, приближающегося к упору, могли возникнуть повреждения, обусловленные гидродинамическим действием снаряда и разрывным действием газов, — грубое разрушение костей черепа и вещества головного мозга...»



«...Повреждения живота причинены в пределах относительно компактного действия дробы, что, как правило, отмечается при выстреле из дробового оружия с расстояния 0,5—3 метра. Об этом свидетельствует наличие центрального отверстия, вокруг которого расположены повреждения от одиночных дробинок — «беглянок».

VI А И И

НАЗНАЧЕНИЕ ДРУГИХ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО

ВСТРЕЧАЮЩИХСЯ ВОПРОСОВ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ

ВИДАХ СМЕРТИ

Настоящее руководство предназначено для врачей, работающих в учреждениях здравоохранения, а также для студентов медицинских вузов. Оно содержит сведения о наиболее часто встречающихся видах смерти, их причинах, симптомах и методах диагностики.

ВНЕШНИЕ НАСТУПАЮЩИЕ СМЕРТИ

Внешние наступающие смерти — это те случаи, когда смерть наступает внезапно, без видимых причин. Они могут быть вызваны различными факторами, такими как инфаркт миокарда, инсульт, разрыв аорты и т.д. Диагностика таких случаев требует тщательного обследования и консультации с другими специалистами.

Внешние наступающие смерти могут быть вызваны различными факторами, такими как инфаркт миокарда, инсульт, разрыв аорты и т.д. Диагностика таких случаев требует тщательного обследования и консультации с другими специалистами.



## ГЛАВА IV

### РАЗРЕШЕНИЕ ДРУГИХ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИХСЯ ВОПРОСОВ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ СМЕРТИ

Нередко судебно-следственными органами на разрешение эксперта ставится вопрос о времени наступления смерти.

Как правило, особенно в случаях насильственной смерти, выдвигается вопрос о наличии алкоголя в организме и степени предшествующего опьянения.

#### ВРЕМЯ НАСТУПЛЕНИЯ СМЕРТИ

Констатация смерти и установление давности ее наступления имеют большое медико-юридическое значение.

В юридическом отношении смерть понимается как прекращение жизнедеятельности всего организма как целого. В медико-биологическом аспекте проявления смерти рассматриваются с учетом процесса переживания отдельных органов и тканей, что находит применение в практической медицине при пересадке органов и тканей.

В судебной медицине динамика умирания и посмертные явления служат основой для установления давности наступления смерти. От момента прекращения основных функций организма до срока проведения экспертизы, как правило, проходит определенный промежуток времени.

Процесс умирания тканей обуславливает ряд изменений в трупе, которые проявляются в виде трупных явлений. Некоторые из них развиваются сразу же после смерти — в первые часы и сутки, другие несколько позже.

Трупные изменения делятся на ранние и поздние.



К ранним относятся: охлаждение трупа, высыхание, трупные пятна и трупное окоченение.

В поздних трупных явлениях различают: гниение, мумификацию, жировоск, торфяное дубление.

На протяжении всей истории медицины отечественные и зарубежные исследователи использовали ранние и поздние трупные явления для определения давности смерти. Особенно большое значение получил анализ динамики развития ранних трупных изменений, главным образом охлаждения, высыхания, трупных пятен и окоченения (рис. 13).



Рис 13

В последние двадцать лет предлагаются новые методики определения давности наступления смерти по ранним трупным явлениям, которые фактически совершенствуют хорошо известные методы. Детальное разграничение по времени каждого из ранних трупных явлений, хотя и делает некоторый шаг вперед в суждении о давности наступления смерти на протяжении первых двух суток, однако они продолжают оставаться весьма приближенными, так как вероятность ошибок довольно значительна.



## ВАРИАНТЫ ФОРМУЛИРОВОК ВЫВОДОВ:

«...Принимая во внимание динамику почасового падения температуры трупа в прямой кишке (температура окружающего воздуха —  $+20^{\circ}\text{C}$ , начальная ректальная —  $-35,1^{\circ}\text{C}$ , через 8 часов —  $-27^{\circ}\text{C}$ ) при учете развития ранних трупных изменений: сохранение тепла в естественных складках кожи, трупное окоченение резко выражено во всех исследуемых группах мышц, трупные пятна при давлении на них пальцем исчезают и тут же восстанавливают свой цвет, считают, что с момента смерти до момента осмотра трупа гр. Ф. на месте его обнаружения прошло не более 3—4—8 часов...»

«...Ввиду отсутствия сведений о характере развития трупных изменений при осмотре трупа на месте происшествия не представляется возможным решить вопрос о времени, прошедшем с момента смерти до обнаружения трупа.

Однако, принимая во внимание развитие трупных изменений к моменту исследования трупа в морге: под одеждой и в естественных складках кожи определяется тепло, трупное окоченение хорошо выражено только в жевательной мускулатуре и мышцах верхних конечностей, трупные пятна при давлении на них пальцем исчезают полностью и тут же восстанавливают свой цвет, при учете температуры окружающей среды ( $+18^{\circ}\text{C}$ ), можно считать, что с момента смерти гр. Д до момента исследования прошло не менее 1—2 и не более 12—15 часов...»

«...При учете температуры окружающей среды ( $+20^{\circ}\text{C}$ ) смерть гр. Ф. наступила не менее 12—15 и не более 28—36 часов до момента исследования.

Этот вывод подтверждается характером развития трупных изменений: труп на ощупь холодный, трупное окоченение резко выражено в обычно исследуемых группах мышц, трупные пятна



при надавливании на них пальцем незначительно бледнеют и очень медленно восстанавливают свой цвет...»

«...Учитывая стадию развития поздних трупных явлений: кожа в паховых областях грязно-зеленого цвета, на верхних конечностях местами выражена древовидно разветвленная гнилостная сеть сосудов, трупные пятна грязно-красного цвета, при давлении на них не изменяют свой цвет, считаю, что смерть гр. А. наступила не ранее 28—36 и не более 2—3 суток до момента исследования...»

## НАЛИЧИЕ АЛКОГОЛЯ И СТЕПЕНЬ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

Экспертиза алкогольного опьянения является важным и ответственным врачебным действием. Изучение влияния этилового алкоголя на организм в судебно-медицинском отношении имеет большое значение в связи с тем, что в ряде случаев употребление алкоголя является провоцирующим фактором внезапной смерти, сопровождает самоубийства, несчастные случаи в быту и на производстве, а порой служит и причиной смерти.

При судебно-медицинском исследовании трупа обнаружение алкоголя и степень алкогольной интоксикации должна базироваться не только на качественном, но и на количественном определении этилового алкоголя. Результаты лабораторных исследований дают возможность эксперту с научной обоснованностью ответить на соответствующие вопросы, возникающие у органов следствия при экспертизе насильственной смерти и т. д.

Судебно-медицинская диагностика алкогольной интоксикации в последнее время значительно улучшилась. Предложены более совершенные методы качественного и количественного определения этилового алкоголя в крови и моче фотометрическим методом и методом газовой-жидкостной хроматографии.

Основываясь на результатах этих исследований, эксперт может решать вопросы: о количестве принятых спиртных напитков, о количественном содержании этилового алкоголя в организме (в какой-либо промежуток времени), о времени,



прошедшем с момента приема этилового алкоголя до производства экспертизы, о концентрации алкоголя в крови и моче в определенный, предшествующий период времени, а, следовательно, и о степени опьянения в анализируемое время (момент совершения автодорожного происшествия и т. п.) (рис. 14).

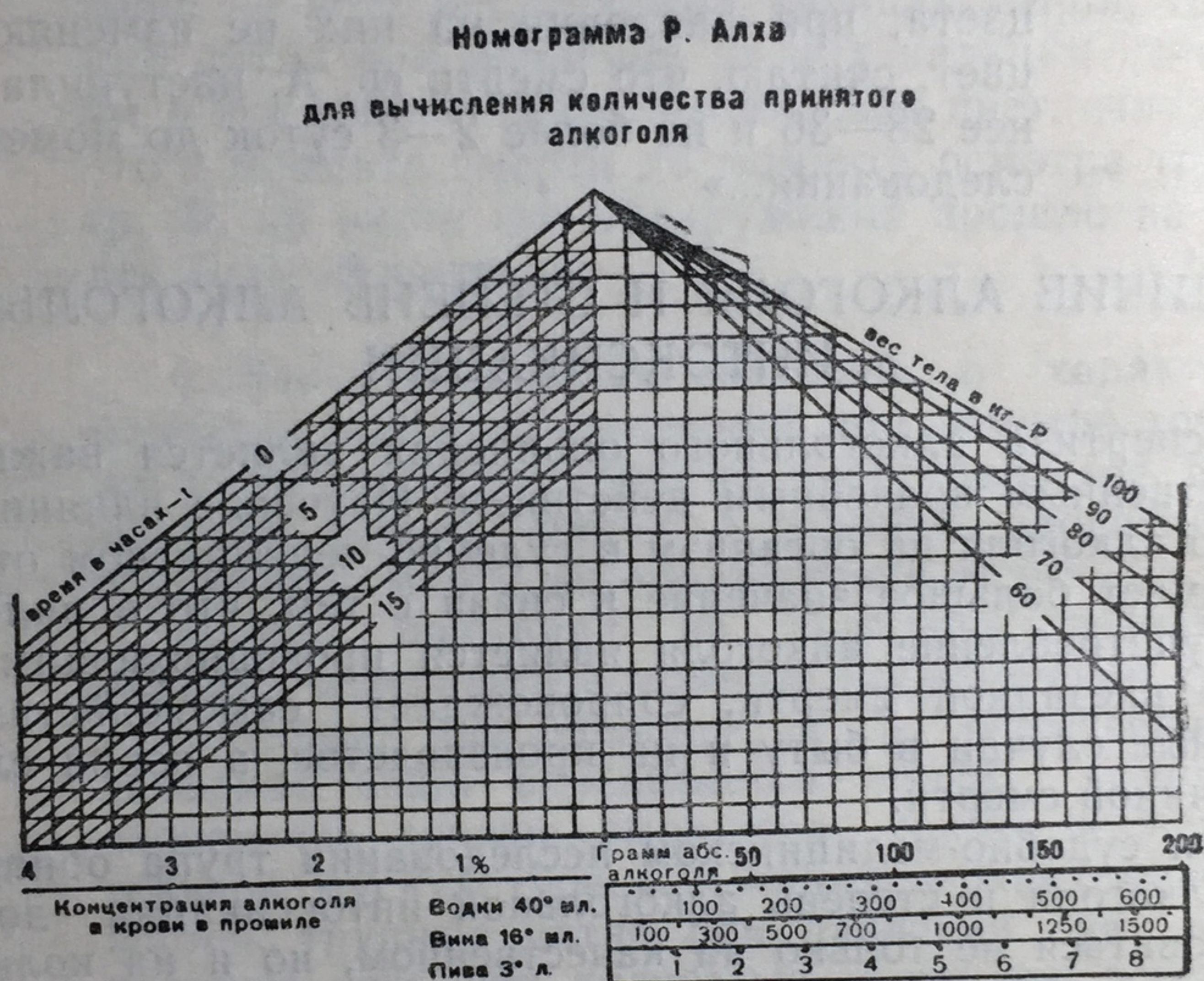


Рис. 14

#### ВАРИАНТЫ ФОРМУЛИРОВОК ВЫВОДОВ:

«...При судебно-химическом исследовании крови из трупа гр. В. обнаружен этиловый алкоголь в количестве 1,5‰.

Обычно такое количество этилового алкоголя соответствует средней степени опьянения, сопровождающегося следующими клиническими проявлениями: шатающейся походкой, сонливостью, эмоциональной неустойчивостью, нарушением речи и ориентировки...»



«...При судебно-химическом исследовании крови и мочи из трупа гр. Б. обнаружен этиловый алкоголь в количестве соответственно: в крови — 2,1‰, в моче — 0,45‰.

Обычно указанная концентрация этилового алкоголя в крови соответствует сильной степени опьянения, при котором наблюдается снижение чувствительности, рефлексов, расстройство мышечной координации.

Учитывая количественное соотношение этилового алкоголя в крови и моче, следует считать, что к моменту наступления смерти гр. Б. имела место стадия резорбции (всасывание алкоголя), которая протекает в течение 1—1,5 часа от приема спиртных напитков...»

«...При судебно-химическом исследовании крови и мочи из трупа гр. З. обнаружен этиловый алкоголь в количестве соответственно: 1,7‰ и 2,1‰.

Указанное количество этилового алкоголя в крови обычно соответствует средней степени алкогольного опьянения.

Сравнительное соотношение концентраций алкоголя в крови и моче свидетельствует о том, что к моменту наступления смерти гр. З. имел место конец стадии резорбции и начало стадии элиминации — выведения алкоголя из организма. Следовательно, от момента приема спиртных напитков до наступления смерти прошло около 1,5—3 часов...»

«...При судебно-химическом исследовании крови и мочи из трупа гр. К. обнаружен этиловый алкоголь в количестве: в крови 0,8‰, в моче — 1,9‰.

Обычно обнаруженная концентрация этилового алкоголя в крови соответствует слабой степени опьянения, при которой наблюдается эмоциональная лабильность, нарушение координации грубых движений.

Учитывая количественное соотношение алкоголя в крови и моче, следует считать, что к мо-



менту смерти гр. К. имела место стадия элиминации, т. е. выведение алкоголя из организма. Исходя из этого можно полагать, что от приема алкоголя до смерти прошло не менее 5—7 часов...»

«...При судебно-химическом исследовании крови и мочи из трупа гр. Ш. был обнаружен этиловый алкоголь в количестве соответственно: 0,1‰ и 1,9‰.

Количественное соотношение алкоголя в крови и моче свидетельствует о том, что к моменту наступления смерти гр. Ш. имела место конечная стадия элиминации — выведение алкоголя из организма почти полностью закончилось. Приведенные данные могут указывать на то, что от приема алкоголя до наступления смерти прошло не менее 12—24 часов».

«...При судебно-химическом исследовании крови и мочи, а также желудочного содержимого из трупа гр. У. этиловый алкоголь не обнаружен. Следовательно, к моменту наступления смерти гр. У. был трезв...»

«...Судебно-химическим исследованием крови из трупа гр. Р., подверженного резким гнилостным изменениям, обнаружен этиловый алкоголь в количестве 1,5‰. По данным специальной литературы, в крови трупов с выраженными гнилостными изменениями наблюдается образование этилового алкоголя без предшествующего его приема.

Следовательно, к результатам судебно-химического исследования необходимо подходить критически и решить вопрос, принимал ли гр. Р. незадолго до смерти спиртные напитки, можно только следственным путем...»



## ГЛАВА V

### РАЗРЕШЕНИЕ НЕКОТОРЫХ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ВОПРОСОВ, ВЫДВИГАЕМЫХ ПЕРЕД ЭКСПЕРТОМ ПРИ НАСИЛЬСТВЕННОЙ СМЕРТИ

Как скоро после травмы наступила смерть? Разрешение этого вопроса возможно при учете тщательного анализа всего комплекса признаков — тяжесть повреждений, количество излившейся крови (явления анемии), аспирация крови в легкие и заглатывание в желудок, явления воспаления и т. п.

При быстрой смерти кровь в сосудах и сердце жидкая, а наличие фибриновых свертков является признаком медленной смерти.

Малое количество крови в плевральных полостях при разрыве легких или в брюшной полости при разрывах печени или селезенки, отсутствие выраженных кровоизлияний при повреждениях почек указывают на быструю смерть от других причин.

О быстроте наступления смерти при повреждениях основания черепа или лицевого черепа, обычно сопровождающихся кровотечением в полость глотки, можно судить по степени аспирации крови в легкие. Однако наличие крови в легких не всегда позволяет конкретизировать длительность умирания, так как и при одном глубоком вдохе возможна аспирация значительного количества крови. Большее значение имеет степень распространения крови по желудочно-кишечному тракту (аналогично распространению воздуха по желудочно-кишечному тракту у новорожденных).

Грубые повреждения жизненно важных органов — разрывы сердца, легких, ранения магистральных сосудов, размятие



или отделение головы, расчленение тела и т. п. приводят к быстрому (мгновенному) умиранию.

Выявляемые микроскопически процессы воспаления в виде краевого стояния лейкоцитов, выхода их из сосудистого русла, расширение сосудов, отека ткани и т. д. могут указывать на продолжение жизни после травмы.

#### ВАРИАНТЫ ФОРМУЛИРОВОК ВЫВОДОВ:

«...Смерть гр. П. наступила тотчас после травмы. Изложенный вывод подтверждается наличием несовместимых с жизнью повреждений в виде грубого разрушения костей свода и основания черепа, полного разрушения головного мозга, а также разрыва спинного мозга в шейном отделе...»

«...После причинения огнестрельного дробового ранения мягких тканей лица и костей лицевого черепа пострадавший жил некоторое время, измеряемое часами. Об этом свидетельствуют наличие крови в просвете бронхов и альвеол, в желудке и тонком кишечнике, а также характер реактивных изменений в местах повреждений — краевое стояние лейкоцитов, выход их из сосудистого русла, отек ткани и т. д...»

**Способность к активным целенаправленным действиям при механических повреждениях.** Вопрос о способности к целенаправленным действиям смертельно раненных должен решаться крайне осторожно. Судебно-медицинской практике известны случаи, когда смертельно раненные, казалось бы, при несовместимых с жизнью повреждениях, были способны некоторое время совершать самостоятельные активные действия.

До настоящего времени не существует обоснованных критериев, позволяющих в категорической форме высказаться о способности раненых к целенаправленным действиям, особенно при черепно-мозговой травме.

Принято считать, что при обширных повреждениях черепа и головного мозга с распространенными подбололочечными кровоизлияниями в сочетании с кровоизлияниями в ствол мозга и его желудочки и при кровоизлияниях в ствол мозга на различных уровнях смерть пострадавших наступает быстро. При таких повреждениях способность к целенаправлен-



ным действиям маловероятна, однако это не исключает возможности изменения позы в период агонии (в результате судорожных сокращений мышц).

При крупных эпи-и субдуральных гематомах в сочетании с контузионными очагами или немассивных желудочковых кровотечениях (примесь крови к ликвору) смерть наступает в отдаленные промежутки времени на фоне быстрой и глубокой утраты сознания. При нарастании и сдавлении гематомой одной или двух долей мозга утрата сознания обычно наступает через 2—3 часа, реже через 6—10 часов после травмы.

Распространенные эпи-и субдуральные кровоизлияния или различные пластинчатые кровоизлияния вызывают утрату сознания через 5—10 минут после травмы. Однако в столь короткий промежуток времени (светлый промежуток) некоторые пострадавшие успевают совершать активные действия.

При ушибах головного мозга средней и тяжелой степени утрата сознания продолжается от 45 минут до 12 часов после травмы, изредка до нескольких суток. При таких повреждениях большинство пострадавших не способны к активным действиям в результате быстрой утраты сознания. При ушибах легкой степени и небольших изолированных трещинах костей свода черепа, незначительных субарахноидальных кровоизлияниях потеря сознания может не отмечаться.

#### ВАРИАНТЫ ФОРМУЛИРОВОК ВЫВОДОВ:

«...При закрытом переломе височной кости, сопровождающемся надбололочным кровотечением, явления сдавления головного мозга развиваются постепенно, а светлый промежуток, в течение которого пострадавшие способны к активным действиям, может продолжаться от нескольких часов до нескольких суток.

Следовательно, при вышеуказанных повреждениях гр. А. мог самостоятельно уйти с места драки, пройти около 2 километров и обратиться за помощью в лечебное учреждение...»

«...Огнестрельное ранение правой поясничной области, сопровождавшееся повреждением периферических нервов в пределах пояснично-крестцового сплетения, повлекло за собой частичный парез левой стопы. В связи с тем, что движения в тазобедренном и коленном суставах были со-



хранены, гр. Ж. в первый момент после травмы и в последующем мог самостоятельно передвигаться, но в несколько замедленном темпе...»

«...При закрытых черепно-мозговых травмах, сопровождающихся кровоизлияниями под оболочки головного мозга, наблюдается так называемый «светлый промежуток», в течение которого клинические симптомы повреждений отсутствуют или слабо выражены. В этот промежуток времени потерпевший в состоянии совершать те или иные целенаправленные действия. Поза и шатающаяся походка гр. Н. после причинения ему повреждений могут быть объяснены локализацией кровоизлияния в области задней черепной ямки и мозжечка, где располагаются центры координации...»

#### **Возможно ли нанесение повреждений собственной рукой?**

Известно, что судебно-медицинскому эксперту приходится решать вопрос о том, возможно ли причинение определенного телесного повреждения собственной рукой.

При нанесении повреждений собственной рукой режущими предметами раны обычно располагаются на шее, изредка в области локтевого сгиба или лучезапястного сустава. Весьма характерен и вид таких ран — наряду с основной раной наблюдаются множественные поверхностные, параллельно расположенные насечки как у краев, так и у концов раны. У правой руки рана имеет направление слева направо и сверху вниз, у левой — наоборот. Резаные раны ладонной поверхности кисти могут возникать при захватывании режущего предмета при самообороне.

При нанесении колото-резаной или колотой раны собственной рукой повреждения локализуются на обнаженных, доступных частях тела. В этих случаях, кроме глубокой раны, могут встретиться множественные поверхностно расположенные раны.

При смертельных самоповреждениях из огнестрельного оружия обычно отмечаются повреждения головы и сердца, реже — живота и конечностей. На возможность или невозможность самоповреждения может указывать и дистанция выстрела.

Оценивая возможность причинения повреждений собствен-



ной рукой, эксперт должен помнить, что обширность действий руки человека обеспечивается значительным объемом движений в плечевом, локтевом и лучезапястном суставах, и практически нет области человеческого тела, недоступной для причинения самоповреждений.

Решая вопрос о возможности нанесения повреждений собственной или посторонней рукой, необходимо учитывать характер повреждений на одежде, а также других следов борьбы и самообороны.

### ВАРИАНТЫ ФОРМУЛИРОВОК ВЫВОДОВ:

«...Грубые множественные повреждения тела в виде многооскольчатых переломов костей свода черепа, а также разрушения костей таза и нижних конечностей, не характерны для действия руки человека.

Тем более исключается причинение этих повреждений собственной рукой...»

«...Локализация резаной раны на передней поверхности шеи, легко доступной для действия собственной руки, наличие множественных, параллельно расположенных насечек у краев и концов основной раны, а также отсутствие следов крови на коже ладонной поверхности правой кисти, могут указывать на возможность причинения повреждения собственной рукой...»



## ГЛАВА VI

### ВОПРОСЫ, РАЗРЕШАЕМЫЕ ЭКСПЕРТОМ ПРИ СМЕРТИ ОТ КРИМИНАЛЬНОГО АБОРТА

Прерывание беременности вне больницы при отсутствии состояний крайней необходимости считается незаконным и уголовно наказуемым. Незаконное производство аборта тем более нетерпимо, что подчас влечет за собой смерть беременной женщины или причинение серьезного вреда здоровью.

Основной задачей при проведении этого вида экспертиз является диагностика прерванной беременности.

Перед судебно-медицинским экспертом, как правило, возникает необходимость в решении ряда вопросов. К ним относятся:

1. Имеются ли признаки беременности?
2. Прервана ли беременность?
3. На каком месяце прервана беременность?
4. Сколько времени прошло с момента прерывания беременности?
5. Каким способом прервана беременность?
6. Причина наступления смерти?

#### ВАРИАНТЫ ФОРМУЛИРОВОК ВЫВОДОВ:

##### Имеются ли признаки беременности?

В акушерско-гинекологической практике признаки, по которым распознается беременность, делятся на бесспорные и вероятные: отсутствие менструаций, увеличение тела матки, мягкая консистенция, размягчение шейки матки, нагрубание молочных желез, пигментация сосков и околососковых круж-



ков и белой линии живота, наличие молозива в молочных железах.

При отсутствии плода необходимо проводить исследование полости матки. Обнаружение плацентарной площадки, остаток плодных оболочек и децидуальной ткани будут являться бесспорным доказательством бывшей беременности.

Гистологически выявляются клетки децидуальной оболочки и хориона, а также желтое тело в яичнике.

«...Гр. С. имела беременность, на что указывает обнаружение в полости увеличенной матки ( $17 \times 12 \times 7,5$  см) плодного яйца со всеми его оболочками и плода мужского пола, а также пигментация сосков и околососковых кружков, выдавливаемая из сосков молочная жидкость, наличие желтого тела в яичнике...»

### **Прервана ли беременность?**

Решение этого вопроса имеет большое значение и должно базироваться на объективных критериях. Из них наибольшую доказательность имеют: открытие шейки матки, наличие на ней разрывов, трещин и т. п., изменение положения слизистой пробки в шейном канале или полное ее отсутствие, размеры матки, изменение секрета молочных желез.

У многорожавших женщин часть из этих признаков может отсутствовать и в этих случаях исследование продуктов выделения приобретает важное значение. При этом необходимо изучать кровяные свертки, в которых могут быть выявлены плодное яйцо, а также частицы плаценты или оболочек. Наиболее достоверным признаком является отслойка плаценты.

«...Открытие наружного зева до 1,5 см, отсутствие слизистой пробки в шейном канале матки, обнаружение отслойки плаценты от задней стенки матки на протяжении до 4 см, отсутствие плодного яйца в полости матки дает основание считать, что беременность у гр. Б. была прервана...»

### **На каком месяце прервана беременность?**

Для установления срока беременности производится измерение размеров матки. Однако наиболее точные данные для установления внутриутробного возраста имеет длина плода.



«...Срок внутриутробной жизни плода гр. Т. составлял три лунных месяца, на что указывает его длина, равная 9 см...»

### **Сколько времени прошло с момента прерывания беременности?**

Возможность распознавания времени прерывания беременности чрезвычайно трудна и должна основываться на комплексе морфологических и лабораторных методов исследования.

Следует отметить, что локальные изменения могут быть настолько незначительны, что уже к 6—10 дню после аборта судить о сроках не представляется возможным.

Поэтому усилия судебных медиков и представителей других специальностей направлены на поиски новых объективных тестов в разрешении этого вопроса.

Так, гистологическим методом (по морфологическим показателям) возможно определение давности прерывания беременности в пределах до 1,5—2 суток. При этом в матке выявляются явления воспаления, иногда захватывающие мышечную ткань, серозный отек, гнойно-некротический распад соединительно-тканной основы и резкая инфильтрация межмышечной ткани нейтрофилами и лейкоцитами.

В последнее время в практике судебно-медицинской экспертизы для диагностики срока производства аборта используют биохимические методы исследования. По изменениям некоторых ингредиентов липидного обмена возможно решать вопрос вплоть до 30—45 суток.

«...С момента прерывания беременности гр. Д. до момента наступления смерти прошло не менее 20 суток. Об этом свидетельствуют данные биохимического и микроскопического исследований, при которых установлено: повышение в сыворотке крови уровня лецитина, отсутствие ранних воспалительных реакций в тканях при развитии грануляций в области разрывов шейки матки...»

### **Каким способом прервана беременность?**

При решении вопроса о причине прерывания беременности всегда нужно учитывать, что аборт может наступить не только в результате каких-либо воздействий, но и самопроизвольно.



Самопроизвольный выкидыш отмечается на почве патологических процессов в зародыше и организме матери; нередко прерывание беременности может наступить при острых инфекционных заболеваниях, сифилисе матери, различных интоксикациях эндогенного происхождения, декомпенсированных пороках сердца, заболеваниях почек, неправильности положения матки, некоторых заболеваниях и недоразвитии ее, при нарушении функций желез внутренней секреции и т. д.

Исключив самопроизвольный аборт, необходимо установить, какие способы и средства применялись с целью прерывания беременности.

Криминальный аборт, кроме выскабливания, может производиться и другими способами — как в результате приема внутрь различных веществ, так и при различных внешних воздействиях, чаще механических.

К первой группе относятся разнообразные лекарственные вещества или яды, принимаемые в больших дозах и оказывающие токсический эффект как на плод, так и на организм матери. Для этих целей используется хинин, препараты спорыньи, настой олеандра, препараты ртути, мышьяка, пилокарпин, пахикарпин, скипидар, касторовое масло, гормональные препараты (питуитрин, фолликулин, синэстрол) и ряд других.

Все многообразие внешних способов прерывания беременности можно свести к трем основным группам: 1. Общее воздействие на организм; 2. Введение в полость матки плотных инородных тел и 3. Впрыскивание в полость матки различных жидкостей.

В качестве инородных тел в полость матки вводят катетеры, бужи, вязальные спицы, гусиные перья, деревянные палочки, карандаши, иногда пальцы.

Впрыскивание жидкостей производится различными инструментами, чаще всего спринцовкой. Для впрыскивания используются вода, растворы сулемы, карболовой кислоты, спирта, йода, мыльная вода и др.

«...Прерывание беременности гр. Б. наступило вследствие криминального аборта, что подтверждается септическим его течением с температурной реакцией, гнойными, а затем кровянистыми выделениями из влагалища, наличием плацентарной ткани, удаленной при операции, а



также обнаружением при судебно-химическом исследовании в органах из трупа гр. Б. препаратов спорыньи...»

«...Наличие на дне матки перфорационного отверстия, проникающего в брюшную полость, обнаружение в области шейки матки множества разрывов и кровоподтеков дает основание считать, что для производства аборта гр. Ю. применялись механические средства...»

### **Причина наступления смерти**

Криминальный аборт оставляет после себя различные осложнения и нередко приводит к смертельным исходам. Прием внутрь различных лекарственных веществ может вызвать отравление, а введение инородных тел в полость матки часто сопровождается перфорацией ее, наружным и внутренним кровотечением. При впрыскивании жидкостей в полость матки, в вены матки может поступить вводимая жидкость и воздух, вызывая эмболию кровеносных сосудов. Всасываясь из полости матки, вводимое вещество оказывает токсический эффект. При всех способах прерывания беременности возможно осложнение в виде сепсиса.

«...Смерть гр. Б. наступила от общего заражения крови (сепсиса), развившегося в результате прерывания беременности, что подтверждается желтушностью кожных покровов, дегенеративными изменениями внутренних органов, наличием плотно спаянного со стенкой матки остатка плацентарной ткани в полости матки, а также клиническим течением послеабортного периода и данными бактериологического исследования...»



## ГЛАВА VII

### ТИПИЧНЫЕ, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ ВОПРОСЫ, РАЗРЕШАЕМЫЕ ЭКСПЕРТОМ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ТРУПОВ НОВОРОЖДЕННЫХ

При исследовании трупов младенцев перед судебно-медицинским экспертом ставится ряд совершенно специфических вопросов, ответы на которые позволяют установить или отвергнуть версию о насильственной смерти и, в частности, о детоубийстве.

Исследование трупов новорожденных в судебно-медицинской практике не обязательно бывает связано со случаями детоубийства. Нередко подобные исследования производятся с целью исключения внешнего насилия при смерти вне родильного дома, по пути в лечебное учреждение, при рождении мертвого младенца и т. д. Реже в практике встречается исследование трупов неизвестных младенцев и случаях явного детоубийства.

В юридическом и судебно-медицинском аспекте под детоубийством понимается умерщвление матерью своего новорожденного младенца во время родов или же тотчас после них. Именно так трактуется понятие детоубийства в уголовных кодексах некоторых союзных республик, предусматривающих ответственность за это преступление.

Умерщвление новорожденного не матерью, а другим лицом, или матерью, но уже не новорожденного, закон трактует как умышленное убийство, т. е. преступление, предусмотренное уголовными кодексами союзных республик.

При исследовании трупов новорожденных обычно выдвигаются следующие вопросы:



1. Является ли младенец новорожденным?
2. Является ли он зрелым и доношенным и какова продолжительность внутриутробной жизни?
3. Является ли младенец жизнеспособным?
4. Родился ли младенец живым или мертвым?
5. Какова продолжительность внеутробной жизни?
6. Имеются ли признаки ухода за новорожденным?
7. Какова причина смерти?

#### ВАРИАНТЫ ФОРМУЛИРОВОК ВЫВОДОВ:

##### Является ли младенец новорожденным?

В судебно-медицинской практике принято считать, что новорожденным является младенец, только что родившийся, или проживший несколько часов (до суток) после рождения. Судебно-медицинская экспертиза новорожденности имеет свои особенности и практически представляет собой установление ряда признаков, характеризующих весьма малые сроки внеутробной жизни.

Новорожденность младенца определяется рядом признаков:

а) Наличие у младенца пуповины вместе с детским местом или остатка свежей сочной пуповины, без признаков демаркационной линии в области пупочного кольца.

б) Наличие на теле младенца, особенно в естественных складках, сыровидной смазки.

в) Помаранность тела кровью (при отсутствии повреждений на теле).

г) Наличие в толстом кишечнике, в области заднего прохода и на внутренней поверхности бедер первородного кала (мекония).

д) Родовая опухоль на головке или других частях тела.

е) Красноватый цвет, нежность и своеобразная «сочность» кожных покровов.

ж) Отсутствие пищи в желудке.

Вывод о новорожденности младенца в случае положительного ответа может быть сформулирован следующим образом:

«...Младенец является новорожденным. Этот вывод подтверждается обнаружением при исследовании трупа достоверных признаков новорожденности — наличия прочно удерживающейся неперевязанной пуповины без плаценты и при-



знаков демаркационной линии, первородного кала, заполняющего весь просвет толстого кишечника, сыровидной смазки в естественных складках кожи, родовой опухоли на головке и отсутствием пищи в желудке...»

При ответе на вопрос о новорожденности может быть предложен и следующий вариант:

«...Обнаружение при исследовании трупа младенца остатка свежей пуповины без признаков демаркационной границы в области пупочного кольца, наличие на теле младенца, особенно в области естественных складок, сыровидной смазки, наличие на коже младенца следов крови при ненарушенной целости кожных покровов, наличие в толстом кишечнике и на коже в окружности заднепроходного отверстия первородного кала, родовая опухоль на головке дают основание считать, что младенец является новорожденным...»

**Является ли младенец зрелым и доношенным и какова продолжительность внутриутробной жизни?**

Под зрелостью новорожденного понимается степень развития плода, т. е. совокупность таких признаков, которые обеспечивают ребенку самостоятельную жизнь вне организма.

Рост новорожденного, как сравнительно постоянный признак, является наиболее достоверным критерием для определения зрелости. Новорожденный младенец, имеющий рост более 47 см и вес свыше 2500 г, считается зрелым.

При этом отмечается достаточно развитый подкожно-жировой слой, розового цвета эластичная кожа, сохранность пушковых волос на плечевом поясе, на верхних отделах спины и плечах. Волосы на голове густые, длиной не менее 2—3 см. Хрящи ушных раковин и носа плотные, эластичные. На нижней челюсти имеются 4 резцовых лунки. Соски молочных желез набухшие, возможно отделяемое из сосков. Ногти на кистях твердые, выступают за край ногтевых фаланг, а на стопах — находятся на их уровне. Пупочное кольцо расположено на уровне середины между лоном и мечевидным отростком или несколько ниже; половые органы сформированы



правильно. Ядра окостенения в нижнем эпифизе бедра диаметром 0,5—0,7 см, в пяточных и таранных костях — 1—1,2 см. Длина пуповины 45—60 см, вес плаценты 600 г.

Доношенный плод, рожденный в конце X лунного месяца, имеет длину тела 48—52 см, вес 2500—3500 г, окружность головки 34—36 см, диаметры головки: большой косой 12—13 см, прямой — 10—11 см, большой поперечный — 8—9,5 см, окружность груди 32—34 см, ширину плеч 11—12 см.

Для установления внутриутробного возраста по длине плода может быть использована таблица Гаазе: при длине плода больше 25 см длина тела делится на 5, при длине тела меньше 25 см из длины тела извлекается квадратный корень.

Вывод о зрелости новорожденного младенца может быть сформулирован таким образом:

«...Младенец является зрелым. Данный вывод подтверждается длиной тела младенца (49 см) и его весом (3000 г) в сочетании с другими признаками, характеризующими зрелость плода — достаточным развитием подкожного жирового слоя, эластичностью кожи, наличием на голове густых волос длиной 2,5 см, плотностью и эластичностью хрящей ушных раковин и носа, расположением пупочного кольца на середине расстояния между лонным сочленением и мечевидным отростком, правильным формированием наружных половых органов с наличием обеих яичек в мошонке, а также обнаружением ядер окостенения в нижнем эпифизе бедра (диаметром 0,6 см), в пяточных (1 см) и таранных костях (1,2 см)»

Возможен и другой вариант вывода о зрелости:

«...Вес новорожденного младенца 2900 граммов, рост 50 см, эластичность и розовый цвет кожных покровов с хорошим развитием подкожной жировой клетчатки, плотность и эластичность хрящей носа и ушных раковин, твердость ногтей на пальцах, где они выступают за край ногтевых фаланг, наличие в мошонке обеих яичек, длина пуповины 52 см, вес плаценты 600 граммов, а также наличие в нижнем эпифизе бедра ядра окостенения диаметром 0,6 см и в пяточной кости диаметром 1 см дают основание



считать, что новорожденный младенец является зрелым...»

Вывод о незрелости младенца может быть сформулирован в следующем виде:

«...Младенец является незрелым, о чем свидетельствуют вес младенца 2100 г, длина тела 43 см, дряблость кожных покровов, отсутствие выраженного подкожного жирового слоя, наличие пушковых волос на всей поверхности тела, отсутствие яичек в мошонке и ядер окостенения в пяточной и бедренной костях...»

Вывод о доношенности младенца:

«...Младенец является доношенным. Этот вывод подтверждается обнаружением при исследовании трупа признаков, позволяющих судить о рождении его в срок, на 40—42 неделе внутриутробной жизни длины тела 50 см, веса 3100 г, окружности головки 35 см, большого косого диаметра головки 12,5 см, прямого — 11 см, окружности груди 33 см, ширины плеч 11 см, наличия в нижнем эпифизе бедренной кости ядра окостенения диаметром 0,6 см...»

В случаях, когда при исследовании трупа установлено, что младенец не доношен, вывод о его недоношенности может быть следующим:

«...Младенец не доношен, на что указывает длина тела 46 см, вес — 1670 г, окружность головки — 31 см, прямой размер головки — 10,5 см, большой поперечный — 7,5 см, большой косой — 11 см, ширина плечиков — 9,5 см, окружность груди — 24 см, размеры ядер окостенения в пяточной кости — 0,6 см, отсутствие ядер окостенения в бедренной кости.

Продолжительность внутриутробной жизни составляет около 9 лунных месяцев...»

**Является ли младенец жизнеспособным?**

В судебно-медицинской практике принято считать младенца жизнеспособным при сроке беременности не менее 8 лунных месяцев. К этому времени плод имеет длину 40 см,



вес 1500—1600 г, окружность головки 28 см, вес детского места около 400 г.

При наличии несовместимых с внеутробной жизнью уродств (отсутствие головного мозга, двухкамерное сердце и т. п.) младенец считается нежизнеспособным.

Выводы о жизнеспособности младенца могут быть сформулированы в следующих вариантах:

«...Младенец был жизнеспособным. Этот вывод подтверждается обнаружением при исследовании трупа совокупности признаков, свидетельствующих о продолжительности внутриутробной жизни 8 лунных месяцев (длина тела — 40 см, вес — 1600 г, окружность головы — 29 см, вес плаценты — 420 г) при отсутствии несовместимых с жизнью уродств...»

«...Судебно-медицинским исследованием трупа младенца установлено, что он родился на 6 лунном месяце внутриутробной жизни. Этот вывод подтверждается длиной тела — 30 см, весом — 790 граммов, наличием ядер окостенения только в пяточных костях. Изложенное дает основание считать, что младенец является нежизнеспособным...»

В некоторых случаях нежизнеспособность младенца может быть объяснена несовместимыми с жизнью уродствами:

«...При исследовании трупа младенца обнаружены уродства в виде отсутствия обеих почек и наличия двухкамерного сердца. Указанное обстоятельство позволяет, несмотря на все признаки доношенности, считать, что младенец является нежизнеспособным...»

### **Родился ли младенец живым или мертвым?**

При исследовании трупа новорожденного в обязательном порядке устанавливается, родился он живым или мертвым.

Мертворожденным считается плод, умерший до родов, во время родов или вскоре после них, до появления дыхания. Если у ребенка после рождения имелась сердечная деятельность, но он не дышал, младенец считается мертворожденным.



Живорожденность младенца в основном устанавливается гидростатическими пробами (легочной и желудочно-кишечной), а также рентгенологическим исследованием.

В случаях, когда при исследовании трупа установлено, что ребенок родился живым, вывод о живорожденности может быть сформулирован следующим образом:

«...Ребенок родился живым. Это подтверждается положительным результатом легочной и желудочно-кишечной плавательных проб, обнаружением воздушности легочной ткани и наличия газа в желудочно-кишечном тракте при рентгенологическом исследовании, а также наличием расправленных альвеол, обнаруженных при гистологическом исследовании легких...»

Если в результате проведенного исследования установлено, что младенец родился мертвым, может быть применен следующий вариант вывода:

«...Ребенок родился мертвым, что подтверждается обнаружением при исследовании трупа нерасправившихся легких в виде плотных, мясистых, безвоздушных образований, отрицательным результатом легочной и желудочно-кишечной плавательной проб, отсутствием воздушности легочной ткани и желудочно-кишечного тракта при рентгенологическом исследовании, а также обнаружением гистологической картины недышавших легких (спавшиеся альвеолы, кубический альвеолярный эпителий, утолщение интимы артерий малого круга кровообращения в виде «сосудистых почек») ...»

### **Какова продолжительность внеутробной жизни?**

На продолжительность внеутробной жизни указывает ряд признаков: демаркационная граница в области пупочного кольца (обычно появляется к концу первых суток), подсыхание пуповины (со второго-третьего дня), ее отпадение (в среднем на 5—7 день).

Наличие воздуха лишь в желудке может указывать на продолжительность жизни, исчисляемой минутами, при обнаружении его в тонком кишечнике, считается, что ребенок жил часы. Меконий обычно выделяется из толстого кишечника к



концу вторых, а у слабых и недоношенных — к концу третьих суток. Родовая опухоль рассасывается к концу вторых, кефалогематома — на 8—10 сутки.

«...Новорожденный ребенок жил после рождения очень короткое время, не более часа, а возможно, несколько минут. Об этом свидетельствует положительный результат обеих плавательных проб, наличие воздуха только в желудке, неполное расправление легких, отсутствие воспалительной реакции в их ткани несмотря на аспирацию крови, отсутствие демаркационной границы у основания сочной, без признаков подсыхания пуповины...»

«...Внешний вид легких, положительный результат плавательной пробы со всеми участками легочной ткани, наличие воздуха на всем протяжении желудочно-кишечного тракта, начинающиеся признаки демаркационной границы у основания пуповины свидетельствуют, что ребенок прожил после родов 6—12 часов...»

#### Имеются ли признаки ухода за новорожденным?

Пассивное детоубийство наиболее часто совершается путем умышленного оставления ребенка без помощи и ухода, т. к. новорожденные весьма чувствительны к понижению температуры.

«...Новорожденному младенцу после рождения не была оказана первоначальная надлежащая помощь, о чем свидетельствует отсутствие признаков ухода — неперевязанная оборванная пуповина, наличие на теле сыровидной смазки, отсутствие одежды (пеленок, одеяльца) на трупе, помаранность кожных покровов кровью и меконием, отсутствие пищи в желудке...»

В случае, когда установлено, что необходимая помощь ребенку оказывалась, этот вывод может быть сформулирован следующим образом:

«...Младенцу после рождения была оказана первоначальная надлежащая помощь, о чем сви-



детельствует наличие перерезанной, соответствующим образом обработанной и перевязанной пуповины, чистые кожные покровы, наличие одежды (пеленок, одеяльца), наличие в желудке пищи — свернувшегося молока...»

### Какова причина смерти?

При различных видах насильственной смерти вывод о ее причине формулируется на основании тех же критериев, что и при исследовании трупов взрослых. Однако иногда встречаются случаи, когда вывод о причине смерти является специфическим для новорожденных. Так, например, в некоторых случаях при судебно-медицинском исследовании трупа новорожденного младенца каких-либо данных, кроме признаков острой смерти, не выявляется. В этих случаях может быть применен следующий вывод:

«...Наличие точечных кровоизлияний под легочной плеврой и эпикардом, темная жидкая кровь в полостях сердца, неравномерное расправление легочной ткани, застойное полнокровие внутренних органов позволяют считать, что смерть младенца наступила от кислородного голодания (асфиксии, т. е. первичной остановки дыхания).

Причина кислородного голодания при судебно-медицинском исследовании трупа не установлена. Следов насильственного воздействия на трупе не найдено. Следовательно, не имеется оснований считать первичную остановку дыхания результатом механических воздействий, однако нельзя исключить и механической асфиксии способом, не оставляющим следов насильственных воздействий, если таковой будет установлен органами расследования...»

Нередко причиной смерти новорожденного младенца является родовая травма с кровоизлияниями под оболочки головного мозга. В подобных случаях может быть применен следующий вывод:

«...Наличие обильного кровоизлияния под твердую и мягкую мозговые оболочки при отсутствии других повреждений, могущих объяснить



наступление смерти, дает основание считать, что смерть младенца наступила от внутричерепного кровоизлияния.

Обнаружение надрыва верхнего листка мозжечкового намета при отсутствии прижизненных повреждений на поверхности кожи головы позволяет считать, что внутричерепное кровоизлияние у младенца обусловлено действием тупого предмета, вероятнее всего, сдавливанием головки.

Нельзя исключить возможности возникновения внутричерепного кровоизлияния вследствие сдавления головки младенца во время родов при прохождении через родовые пути матери...»

При смерти от ателектаза легких вывод о причине смерти может быть изложен следующим образом:

«...Слабая воздушность легких, обнаружение в ткани их при гистологическом исследовании элементов околоплодной жидкости и первородного кала дают основание считать, что во время родов имело место нарушение плацентарного кровообращения и аспирация околоплодных вод, что наряду с недоношенностью могло обусловить ателектаз легких, который и явился причиной смерти...»



## ГЛАВА VIII

### НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ ВОПРОСЫ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ РАСЧЛЕНЕННЫХ И СКЕЛЕТИРОВАННЫХ ТРУПОВ

Экспертиза расчлененных и скелетированных трупов и трупов неизвестных лиц имеет свою специфику и представляет значительные трудности. Это заключается прежде всего в том, что кроме разрешения вопросов, обычно возникающих при исследовании трупа, эксперту необходимо решить и другие задачи, направленные на установление личности покойного.

Личность, как объект идентификации, представляет собой совокупность свойств и признаков конкретного человека, отличающих его от других людей. Установить личность умершего — означает доказать, что обнаруженный труп (или его части) принадлежит определенному человеку.

Необходимость в установлении личности возникает в уголовных делах (при обнаружении трупов неизвестных лиц, скелетированных и расчлененных трупов), во время военных действий, при человеческих жертвах во время авиационных и железнодорожных катастроф, при землетрясениях и других стихийных бедствиях. В сложном процессе установления личности, являющемся следственным действием, судебно-медицинской экспертизе принадлежит важная роль.

В зависимости от особенностей обнаруженного и представленного для исследования трупа неизвестного лица, расчлененного или скелетированного трупа будет определяться объем и характер экспертных исследований.

В общем виде порядок исследований, которые проводятся



экспертами в этих случаях, можно разбить на три последовательных этапа.

А. Ознакомление с материалами и обстоятельствами дела.

Б. Судебно-медицинское исследование трупа неизвестного лица, частей расчлененного или скелетированного трупа.

В. Сравнительные судебно-медицинские и физико-технические исследования для идентификации личности.

При криминальном расчленении трупа перед экспертом ставятся обычно следующие вопросы:

1. В случаях обнаружения частей расчлененного трупа всегда разрешается вопрос о том, принадлежат ли части человеку и какова их анатомическая характеристика? Обычно, уже при наружном осмотре трупа данный вопрос довольно легко разрешается. Но иногда части трупа настолько повреждены или обезображены гнилостными процессами, что произвести видовое анатомическое определение чрезвычайно трудно. Решающее значение в этих случаях приобретает исследование сохранившихся внутренних органов, костей, а также белков ткани и крови с целью определения видовой принадлежности.

2. Если установлено, что части принадлежат человеку, то надо решить вопрос о принадлежности их одному или нескольким лицам. Определение групповой и типовой принадлежности крови и тканей частей трупа в этих случаях является обязательным. Нередко вопрос о принадлежности частей одному трупу легко разрешается при сопоставлении частей, особенно, когда сопоставление производится по расчлененным костям.

3. При исследовании расчлененного трупа судебно-медицинскому эксперту приходится устанавливать способ и предмет, которым производилось расчленение, прижизненность или посмертность его.

4. Помимо этого эксперту приходится устанавливать пол, возраст, длину трупа, особые приметы и т. д.

Изучая скелетированный труп или костные останки, приходится определять их видовую принадлежность. Кроме того, может возникнуть вопрос о том, принадлежат ли они одному или нескольким трупам. Наличие лишних костей, явное несоответствие костей по размеру и т. п. позволяют в большинстве случаев решить этот вопрос.

Установление пола и возраста скелетированного трупа осуществляется путем исследования всего скелета в целом и отдельных костей. Для этого обычно прибегают к рентген-



анатомическому, анатомо-морфологическому и антропологическому методам исследований.

Определение длины трупа производится путем измерения длинных трубчатых костей с последующим сопоставлением со специальными таблицами.

Весьма важно установить индивидуальные особенности скелета, врожденные деформации и аномалии развития, изменения в костях при различных заболеваниях и травмах.

Большое значение имеет обнаружение следов механических повреждений, которые иногда позволяют в предположительной форме высказаться о причине смерти.

Важным вопросом, нередко определяющим весь ход дальнейшего расследования, является определение срока пребывания костей в земле. При решении данного вопроса учитывается характер почвы, в которой был захоронен труп. Необходимо исследовать кости на механическую прочность, проводить гистологическое исследование костей и костного мозга, сохранившихся хрящей. На срок пребывания может указывать и степень разрушения одежды.

#### ВАРИАНТЫ ФОРМУЛИРОВОК ВЫВОДОВ:

Решение вопроса об анатомической и видовой принадлежности частей трупа:

«...Представленный на исследование фрагмент кости с остатками мышц, сухожилий и фасций (отмеченный в описательной части заключения как объект № 1) является частью трупа человека, так как сравнительным анатомическим исследованием установлено, что вышеуказанная кость является правой лонной костью. На это также указывает положительный результат реакции преципитации вытяжки из остатков мягких тканей с преципитирующей сывороткой на белок человека при отрицательном результате с преципитирующей сывороткой на белки животных.

Части кишечника и желудка (отмеченные в описательной части заключения как объект № 2) принадлежат животному. Это подтверждается положительным результатом реакции пре-



ципитации вытяжки из указанных органов с преципитирующей сывороткой на белок крупного рогатого скота при отрицательном результате с преципитирующей сывороткой на белок человека. Данный вывод также подтверждается и результатом гистологического исследования, при котором выявлена многокамерность строения желудка, характерная для жвачных животных...»

Установление принадлежности одному или нескольким трупам:

«...Полное совмещение поверхностей расчленения на уровне 1-го поясничного позвонка, подтвержденное также рентгенологическим и трас-сологическим исследованиями, позволяет считать, что они принадлежат трупу одного человека. На это также может указывать одинаковая групповая и типовая принадлежность крови и мышц обеих частей туловища — Аβ (2), М.

Представленная на исследование правая кисть принадлежит трупу другого человека, так как кровь и мышцы этой части тела имеют группу АВ(0), тип MN...»

Решение вопроса о предмете, которым произведено расчленение трупа:

«...Характер линии отделения головы от туловища в виде язычков и поверхностных линейных ран на коже с насечками в одном из концов, а также расчленение по межпозвоночному суставу и наличие мелких поверхностных насечек на телах позвонков указывают на применение режущего или колюще-режущего предмета...»

Установление прижизненности (посмертности) расчленения трупа:

«...Отсутствие кровоизлияний, сосудистой и клеточной реакций в местах расчленения трупа позволяет считать, что оно было произведено посмертно...»

Определение длины тела и размера ноги расчлененного трупа:



«...Учитывая результаты измерения длины трубчатых костей и в соответствии с таблицами для вычисления длины трупа, можно полагать, что длина представленного на исследование расчлененного трупа определяется в пределах 164—170 см.

Длина ступни равняется 24,5 см, что соответствует обуви № 40...»

#### Определение возраста:

«...Полное зарастание швов представленного на исследование черепа дает основание считать, что возраст неизвестного мужчины превышал 40—50 лет. На это также указывают и изменения строения костной ткани — разрежение костной структуры компактных пластинок и губчатого вещества, развитие остеопороза и атрофии, снижение механической прочности и уменьшение веса костей черепа...»

«...Представленная на исследование часть трупа — правое предплечье, принадлежало лицу, возраст которого был около 19—20 лет. На это указывают следующие данные рентгенологического исследования: почти полное синостозирование в нижних эпифизах локтевых костей с очень узкими участками просветления по краям и полное синостозирование в лучевых костях...»

#### Установление профессии:

«...Наличие грубых ороговелостей кожи ладонных поверхностей дает основание полагать, что покойный при жизни занимался физическим трудом...»

#### Установление половой принадлежности костных останков:

«...Антропометрические исследования таза дают основание считать, что он принадлежит женщине. На это указывают следующие характерные особенности: значительный объем таза, большой наклон крыльев подвздошных костей к горизонтальной плоскости, цилиндрическая



форма малого таза, округлая форма входа в малый таз и значительные размеры выхода, треугольная форма запирательных отверстий, тупой угол схождения лобковых костей, а также другие размеры таза, указанные в исследовательской части заключения.

На принадлежность к женскому полу указывают и особенности строения бедренной кости: шейечно-диафизарный угол, равный  $129^\circ$ , незначительная величина шейечно-бедренного показателя...»

Установление принадлежности костных останков трупу одного человека:

«...Поза скелета в земле при его обнаружении, хорошее совмещение суставных поверхностей, а также наличие всех костей скелета и отсутствие лишних костей дают основание считать, что все кости скелета принадлежат одному человеку...»

Решение вопроса о причине смерти при исследовании скелетированного трупа:

«...Полное отсутствие мягких тканей на представленном для исследования черепе не позволяет в категорической форме высказаться о причине смерти неизвестного лица. Однако, принимая во внимание грубое разрушение костей черепа, наличие дробы в задней черепной ямке, а также копоти в микротрещинах лобной кости, можно полагать, что повреждения головы причинены в результате действия огнестрельного дробового оружия, произведенного в пределах близкого выстрела...»

«...При исследовании черепа скелетированного трупа было обнаружено некоторое расхождение незаращенных швов и небольшие разрушения тонких костных пластинок стенок глазницы и носа. Эти повреждения могли возникнуть по-смертно в результате длительного пребывания трупа в земле. Следов механических повреждений костей скелета, позволяющих высказаться о причине смерти, не выявлено...»



Определение срока пребывания костей в земле:

«...Учитывая полное исчезновение мягких тканей, в том числе и гиалиновых хрящей в местах сочленений, отсутствие костного мозга в трубчатых костях и жира в костной ткани, можно полагать, что труп находился в земле около 25—50 лет...»







СПРАВОЧНЫЙ  
МАТЕРИАЛ







## ИНСТРУКЦИЯ

### о порядке заполнения врачебного свидетельства о смерти

Приложение № 3  
к приказу министра здраво-  
охранения СССР  
№ 85 от 12 февраля 1966 г.

1. В соответствии со ст. 128 Кодекса законов РСФСР о браке, семье и опеке и соответствующих статей кодексов других союзных республик СССР, во всех городах, городских поселениях, а также населенных пунктах сельской местности, в которых имеется не менее двух врачей, регистрация смертей должна производиться органами загса исключительно на основании врачебного свидетельства о смерти.

2. Врачебное свидетельство о смерти — это не только свидетельство, удостоверяющее факт смерти для регистрации в органах загса, но и важный статистический документ, являющийся основой государственной статистики причин смерти. От качества заполнения врачебного свидетельства о смерти и правильности установления причин смерти зависит точность и достоверность статистики причин смерти.

3. Врачебное свидетельство о смерти выдается врачом на основании больничного или амбулаторного наблюдения за больным до его смерти или на основании результатов вскрытия умершего. Трупы лиц, умерших в лечебных учреждениях, трупы лиц, умерших скоропостижно, когда причина смерти не установлена врачом лечебного учреждения, а также трупы лиц, умерших вне лечебного учреждения от какой-либо насильственной причины или при подозрении на насильственную смерть, подлежат, как правило, вскрытию.

4. Если смерть произошла дома и не требуется производства судебно-медицинского исследования трупа, врачебное свидетельство о смерти выдается, как правило, лечащим врачом после составления им посмертного эпикриза.

В случае отсутствия лечащего врача (отпуск, болезнь), врачебное свидетельство о смерти выдается главным врачом поликлиники или заведующим поликлиническим отделением больницы на основании записей, сделанных лечащим врачом в медицинской документации.

5. В случаях вскрытия умершего врачебное свидетельство о смерти должно выдаваться патологоанатомом или судебно-медицинским экспертом, а запись о причине смерти делаться с учетом результатов вскрытия.

В исключительных случаях свидетельство о смерти может быть вы-



дано врачом, установившим смерть, только на основании осмотра трупа. Это не распространяется на судебно-медицинских экспертов, которым запрещается выдавать врачебные свидетельства о смерти на основании наружного осмотра трупа.

6. В целях улучшения регистрации причин смерти и обеспечения их достоверности разрешается выдавать врачебные свидетельства о смерти: «окончательные», «предварительные», «взамен предварительного».

Как правило, выдаются сразу окончательные свидетельства о смерти. И только в отдельных случаях, чтобы не задержать регистрацию смерти в органах загса и погребение, могут выдаваться предварительные свидетельства о смерти:

а) если по каким-либо причинам задерживается вскрытие (в этом случае причина смерти указывается в соответствии с заключительным клиническим диагнозом);

б) если для установления или уточнения причины смерти необходимо произвести дополнительные исследования (например, гистологические, химические);

в) если к моменту выдачи свидетельства о смерти не установлен род смерти (заболевание, несчастный случай вне производства или в связи с производством, самоубийство, убийство).

Если было выдано первоначально предварительное свидетельство о смерти, после производства вскрытия, дополнительных исследований или установления рода смерти составляется новое свидетельство и с отметкой «взамен предварительного» пересылается непосредственно в областное (краевое, городское, республиканское) статистическое управление не позднее, чем через две недели после выдачи предварительного свидетельства о смерти.

В случае, когда было выдано предварительное врачебное свидетельство о смерти, главный врач (руководитель) медицинского учреждения обязан обеспечить контроль за своевременным составлением и отправкой в статистическое управление нового свидетельства о смерти, направляемого взамен предварительного.

**Примечание:** Если было выдано окончательное свидетельство о смерти, но в дальнейшем выяснилось, что в нем был указан ошибочный диагноз, должно быть составлено и направлено непосредственно в статистическое управление новое свидетельство о смерти с надписью, сделанной от руки: «взамен окончательного врачебного свидетельства о смерти №...».

7. Запрещается выдача свидетельства о смерти заочно, без личного установления врачом факта смерти на месте.

8. Не допускается составление свидетельства о смерти средним медицинским персоналом на бланке врачебного свидетельства о смерти.

#### Порядок заполнения врачебного свидетельства о смерти

1. Врачебное свидетельство о смерти заполняется на пишущей машинке или чернилами, разборчивым почерком.

2. Заполнение врачебного свидетельства производится путем вписывания необходимых сведений или подчеркивания соответствующих обозначений. Например, если умерший мужского пола, подчеркивается слово «мужской».

3. Перед заполнением врачебного свидетельства о смерти врач преж-



де всего делает отметку о характере свидетельства: предварительное или окончательное (путем подчеркивания соответствующего обозначения) в самом врачебном свидетельстве о смерти и на корешке свидетельства о смерти.

4. В п. 2 указывается адрес постоянного местожительства умершего, причем в случаях, когда умерший постоянно проживал в том же населенном пункте, где наступила смерть, заполняются сведения только об улице, № дома и квартиры. Полностью весь этот пункт заполняется только на приезжих из других населенных пунктов.

5. В п. 4 указывается дата рождения (год, месяц, число), для детей, умерших в первые 24 часа после рождения, — час рождения, а в п. 5 — дата смерти (год, месяц, число, час).

6. При заполнении врачебного свидетельства о смерти на детей, умерших в возрасте до 1 месяца, в пункте 6 указывается (путем подчеркивания) родился доношенным или недоношенным и в п. 6а — вес при рождении в граммах.

7. В пункте 7 путем подчеркивания соответствующего обозначения, обязательно должен быть указан род смерти: заболевание, несчастный случай, убийство или самоубийство.

8. Пункт 8 «Причина смерти» построен по образцу международного свидетельства о причине смерти, рекомендованного Всемирной организацией здравоохранения.

Этим свидетельством предусмотрен единый порядок записи сведений о заболеваниях, которыми страдал умерший, обеспечивающий единый принцип отбора для статистических разработок заболевания, являющегося основной причиной смерти:

а) основной причиной смерти следует считать то первоначальное заболевание или травму, которые, непосредственно или через ряд последующих болезненных процессов, вызвали смерть.

Порядок записи причины смерти, предусмотренный свидетельством о причине смерти, должен помочь врачу из комплекса взаимодействующих заболеваний выделить тот патологический процесс, который непосредственно привел к смерти, и те заболевания, которые способствовали смертельному исходу, оказав неблагоприятные влияния на течение основного заболевания;

б) пункт 8 свидетельства о смерти («Причина смерти») состоит из 2-х частей:

Первая часть предназначена для записи взаимосвязанных заболеваний, вызвавших смерть, и подразделяется на 3 строки («а», «б», «в»).

В строке «а» врач должен записать непосредственную причину смерти, т. е. травму, болезнь или осложнение, которые непосредственно привели к смерти.

Чаще всего непосредственной причиной смерти являются осложнения основного заболевания (перитонит, уремия, кровоизлияние в мозг, застойная пневмония и прочие).

Под непосредственной причиной смерти не следует понимать механизм смерти, т. е. прекращение дыхания, остановка сердечной деятельности. Эти симптомы указывают только на факт наступления смерти.

В строке «б» врач указывает то заболевание, которое вызвало непосредственную причину смерти. Например, если в качестве непосредственной причины смерти врач указал «уремия», то в строке «б» он указывает то заболевание или состояние, которое вызвало «уремию», например, «амилоидно-липидный нефроз». Это заболевание (состояние), в свою очередь, могло быть следствием какого-либо заболевания. Если таковое



имелось, то оно записывается в строку «в». Так, указанный в строке «б» «амилоидно-липоидный нефроз» мог явиться осложнением «бронхоэктатической болезни», которую врач должен записать в строке «в».

Таким образом, в 1 части пункта 8 врач должен указать этиологически и патогенетически связанные заболевания. Непосредственная причина смерти (строка «а») является следствием заболевания, указанного в строке «б», а заболевание в строке «б» — следствием заболевания, указанного в строке «в».

Заболевания, которые записываются в строках «б» и «в», предшествуют непосредственной причине смерти не только во времени, но и в этиологической и патогенетической последовательности. Таким образом, последняя запись в 1 части пункта 8 должна соответствовать основной причине смерти (первоначальному заболеванию).

Запись причины смерти может закончиться строкой «б», если непосредственная причина смерти вызвана одним заболеванием, например, корью, осложненной пневмонией, в строке «а» будет указана пневмония, в строке «б» — корь; или строкой «а», если основное заболевание непосредственно само вызвало смерть (например, смерть ребенка от дизентерии).

В каждой строке («а», «б», «в») должно быть записано только одно заболевание (или осложнение);

в) прочие важные заболевания, существовавшие к моменту смерти и оказавшие неблагоприятное влияние на течение основного заболевания, вызвавшего смерть, но не связанные с заболеванием или его осложнением, послужившим непосредственной причиной смерти, записываются во вторую часть пункта 8. Например, смерть наступила от инфаркта миокарда при гипертонической болезни у больного страдавшего язвенной болезнью желудка:

в I части п. 8 будет указано:

а) инфаркт миокарда;

б) гипертоническая болезнь III стадии,

а во II части — «язвенная болезнь желудка»;

г) в разделе I пункта 8 необходимо особенно точно и подробно обозначить основное заболевание. Например, писать не просто «воспаление легких», а «очаговое воспаление легких», не «нефрит», а «острый нефрит» или «хронический нефрит»;

д) в случае смерти от туберкулеза необходимо указать локализацию его, а в случае легочного туберкулеза — его форму. Например, гематогенно-диссеминированный туберкулез легких, фиброзно-кавернозный туберкулез легких, туберкулез кишечника;

е) в случае смерти от новообразования необходимо указать род опухоли и ее локализацию (например, рак желудка, рак шейки или тела матки, саркома бедра), а не ограничиваться общими указаниями: рак, злокачественное новообразование, бластома и т. д.;

ж) в случаях смерти от травмы, отравлений, утоплений, повешений и т. д. в пункте 8 указываются локализация и характер травмы (отравления), например, перелом основания черепа, проникающее ранение грудной полости, причем в строке «а» записывается непосредственная причина смерти (например, шок, кровотечение), а в строках «б» и «в» — локализация и характер повреждения, непосредственно или через осложнение, обусловившего непосредственную причину смерти.

Например: 1) I. а) перелом основания черепа;

б) —

в) —

II. —



- 2) I. а) шок;  
б) ожог III степени  $\frac{2}{3}$  поверхности тела;  
в) —  
II —

- 3) I. а) кровотечение;  
б) разрыв бедренной артерии;  
в) открытый перелом средней трети правого бедра.

II.

В пункте 9 в этих случаях следует точно обозначить, чем именно вызвана смерть; каким видом транспорта или каким другим предметом нанесена травма, и отметить, когда и при каких обстоятельствах произошел несчастный случай в соответствии со статистической классификацией болезней, травм и причин смерти.

Например: а) год 1965, апрель;  
б) шоссе, сбит автомашиной или  
а) год 1966, январь;  
б) дома, ожог пламенем при пожаре.

9. В пункте 10 делается отметка о том, кем установлена причина смерти и на основании каких данных.

10. Свидетельство о смерти выдается родственникам умершего или другим лицам, производящим погребение, под расписку на корешке свидетельства о смерти, остающемся в лечебном учреждении.

На корешок врачебного свидетельства вносятся сведения о возрасте умершего, дата и причина смерти, причем все записи на корешке должны полностью совпадать с записями, сделанными в соответствующих пунктах врачебного свидетельства о смерти.

11. В случае заявления об утрате врачебного свидетельства о смерти дубликат такового (с отметкой «дубликат») посылается врачом (лечебным учреждением) непосредственно в загс почтой или нарочным.

12. Испорченные при записи экземпляры врачебного свидетельства не вырываются из книжки врачебного свидетельства о смерти, а перечеркиваются и оставляются в ней.

13. В целях обеспечения правильности заполнения врачебных свидетельств о смерти заведующие городскими (районными) отделами здравоохранения, главные врачи районов должны выделить специального врача для ежемесячного просмотра и проверки качества заполнения врачебных свидетельств о смерти, поступивших в загс.

14. Примеры заполнения п. 8 врачебного свидетельства о смерти:

1. Больной, страдавший атеросклерозом сосудов мозга, гипертонической болезнью III стадии, хроническим бронхитом с эмфиземой легких, умер от кровоизлияния в мозг.

Во врачебном свидетельстве о смерти должен быть следующий порядок записи причины смерти в пункте 8:

- I. а) кровоизлияние в мозг;  
б) атеросклероз сосудов мозга;  
в) гипертоническая болезнь III стадии.

II. Хронический бронхит с эмфиземой.

Основная причина смерти — кровоизлияние в мозг при сочетании атеросклероза сосудов мозга и гипертонической болезни (331.2).

2. Больной умер от инфаркта миокарда. Страдал атеросклерозом венечных артерий и гипертонической болезнью III стадии.

- I. а) инфаркт миокарда;  
б) атеросклероз венечных артерий;  
в) гипертоническая болезнь III стадии.



II. —

Основная причина смерти — инфаркт миокарда при гипертонической болезни (420.2).

3. Больной умер от уремии. Страдал раком предстательной железы, осложнившимся восходящим цистопиелонефритом и атеросклеротическим кардиосклерозом.

- I. а) уремия;  
б) восходящий цистопиелонефрит;  
в) рак предстательной железы.

II. Атеросклеротический кардиосклероз.

Основная причина смерти — рак предстательной железы (177).

4. Больная страдала раком молочной железы с метастазами в плевру. Умерла от эмпиемы плевры.

- I. а) эмпиема плевры;  
б) метастазы рака в плевру;  
в) рак левой молочной железы.

II. —

Основная причина смерти — рак молочной железы (170).

5. Больная перенесла острый ревматизм в возрасте 14 лет с последующим развитием митрального порока сердца. Беременность ухудшила состояние больной, появилась сердечно-сосудистая недостаточность застойного характера, от которой она умерла.

- I. а) нарушение кровообращения III ст.;  
б) порок митрального клапана;  
в) ревматизм.

II. Беременность 30 недель.

Основная причина смерти — ревматический порок митрального клапана (410).

6. У больной, страдающей ревматическим митральным пороком сердца, возникла эмболия брыжеечной артерии, в результате чего развился некроз кишечника и перитонит, от которого больная умерла.

- I. а) перитонит;  
б) эмболия брыжеечной артерии с некрозом кишечника;  
в) ревматический митральный порок сердца.

II. —

Основная причина смерти — ревматический митральный порок сердца (410).

7. Больной 20 лет тому назад заболел острым бронхитом, который перешел в хроническую форму. В дальнейшем у больного возникла эмфизема легких. Больной страдал также атеросклеротическим кардиосклерозом. Умер от легочно-сердечной недостаточности.

- I. а) легочно-сердечная недостаточность;  
б) эмфизема легких;  
в) хронический бронхит.

II. Атеросклеротический кардиосклероз.

Основная причина смерти — хронический бронхит с эмфиземой (502.0).

8. Больной умер от застойной пневмонии, пролежав несколько месяцев с переломом шейки бедра после падения с лестницы. Больной страдал атеросклеротическим кардиосклерозом.

- I. а) застойная пневмония;  
б) перелом шейки бедра;  
в) —

II. Атеросклеротический кардиосклероз.

Основная причина смерти — перелом шейки бедра (Н 820), (Е 900).



9. Больной страдал гипертонической болезнью III ст. и сахарным диабетом. Больной умер от кровоизлияния в мозг.

- I. а) кровоизлияние в мозг;  
б) гипертоническая болезнь III ст.;  
в) —

II. Сахарный диабет.

Основная причина смерти — кровоизлияние в мозг при гипертонической болезни (331.0).

10. Больной страдал гипертонической болезнью III стадии и сахарным диабетом. Больной умер от диабетической комы.

- I. а) диабетическая кома;  
б) сахарный диабет;  
в) —

II. Гипертоническая болезнь III стадии.

Основная причина смерти — сахарный диабет (260).

11. Больной умер от легочно-сердечной недостаточности, развившейся на фоне хронической интерстициальной пневмонии. Больной страдал атеросклерозом.

- I. а) легочное сердце;  
б) хроническая интерстициальная пневмония;  
в) —

II. Кардиосклероз атеросклеротический.

Основная причина смерти — хроническая интерстициальная пневмония (525).

12. Больной умер от бронхопневмонии, явившейся осложнением гриппа.

- I. а) бронхопневмония;  
б) грипп;  
в) —

II. —

Основная причина смерти — грипп с пневмонией (480).

13. Ребенок в возрасте 4 лет умер от бронхопневмонии.

- I. а) бронхопневмония;  
б) —  
в) —

II. —

Основная причина смерти — бронхопневмония (491).

14. Больной инфильтративным туберкулезом легких умер в результате несчастного случая (сбит автомашиной при переходе улицы).

- I. а) перелом основания черепа;  
б) —  
в) —

II. Инфильтративный туберкулез легких.

Основная причина смерти — перелом основания черепа (H 801), (E 812).



## ИНСТРУКЦИЯ

о порядке заполнения свидетельства о мертворождении  
уч. ф. № 246-м

Приложение 6  
к приказу министра здраво-  
охранения СССР  
№ 85 от 12 февраля 1966 г.

1. В соответствии со ст. 128 Кодекса законов РСФСР о браке, семье и опеке и соответствующих статей кодексов других союзных республик СССР регистрация мертворождений должна проводиться в органах загса (в сельских населенных пунктах — в сельских Советах).

2. Свидетельство о мертворождении заполняется на каждый случай мертворождения. В случае гибели плодов при многоплодных родах отдельное свидетельство заполняют на каждый плод в отдельности.

3. Свидетельство о мертворождении в городах и сельских населенных пунктах, имеющих 2 врачей и больше, обязательно составляет врач. В сельских населенных пунктах, имеющих только одного врача, в случае отсутствия его свидетельство о мертворождении может быть составлено в порядке исключения средним медицинским персоналом (акушеркой, фельдшером), принимавшим роды. В сельских населенных пунктах, не имеющих врачей, свидетельство о мертворождении заполняют акушерка или фельдшер, принимающие роды.

При заполнении свидетельства о мертворождении необходимо руководствоваться следующими основными положениями:

а) мертворождением считается рождение плода без признаков дыхания при сроке беременности в 28 недель и больше, весе в 1000 г и больше, росте 35 и больше;

б) регистрацию в органах загса мертворождения проводят при родах, принятых в стационаре, — родовспомогательным учреждением; при родах, принятых на дому — медицинским работником, принимавшим роды;

в) во всех случаях мертворожденности в стационаре, а также в судебно-медицинских случаях для установления причины гибели плода должно быть произведено вскрытие;

г) причина мертворождения указывается в свидетельстве о мертворождении во всех случаях, когда было произведено вскрытие, и в случаях без вскрытия, когда врачу ясна причина гибели плода на основании осмотра его, плаценты, наблюдения за течением беременности или родов и др.

В остальных случаях в пункте «причина мертворождения» должно быть указано, что причина мертворождения не установлена.



## Порядок заполнения свидетельства о мертворождении

1. Свидетельство о мертворождении заполняют чернилами четким, разборчивым почерком.

2. В пункте 1 указывают место, где произошли роды: вписывают наименование области (края), республики, района и населенного пункта, лечебного учреждения и подчеркивают: в стационаре, дома или в другом месте (в машине скорой помощи, в поле и т. д.) произошли роды.

3. В пункт 2 вписывается адрес постоянного местожительства матери; причем для приезжих указывают наименование области (края, республики) и населенного пункта, а для местных жителей только название улицы, № дома и квартиры.

4. В пунктах 3—9 приводят сведения о родильнице: фамилия, имя, отчество, возраст; при которых по счету беременности и родах зарегистрировано мертворождение, а также сведения об осложнениях при этой беременности и в родах.

5. В пункте 12 подчеркивают, кем были приняты роды: врачом, акушеркой, фельдшером или другим лицом (обязательно вписывают кем).

6. В пунктах 13—15 записывают сведения о плоде: его пол, вес, состояние при рождении, а также когда наступила гибель плода: до начала родовой деятельности или во время родов. Если время гибели плода установить невозможно, то в пункте 14 пишут слово «неизвестно».

7. Вес плода записывают в пункте 15а с точностью до 1 г, то есть без округления.

8. Так же, как при заполнении врачебных свидетельств о смерти, при заполнении свидетельств о мертворождении должен строго соблюдаться определенный порядок записи сведений о причине мертворождения.

В разделе I пункта 16 приводят основную причину мертворождения, которая непосредственно или путем последовательного возникновения патологических процессов привела к гибели плода; в разделе II — заболевания или состояния матери или плода, которые хотя и не связаны с непосредственной причиной мертворождения, но оказали влияние на неблагоприятный исход родов.

В строке «а» раздела I указывают заболевание или осложнение заболевания матери или плода, состояние плаценты, явившееся непосредственной причиной гибели плода: асфиксия, родовая травма, аномалии развития плода, инфаркт плаценты и т. д. В строках «б» и «в» указывают заболевания и состояния (матери, плода, плаценты), вызвавшие или обусловившие непосредственную причину гибели плода. При этом последней записывают основную причину мертворождения.

Например: 1) у матери, страдавшей хроническим нефритом, роды сопровождались эклампсией, в результате которой плод погиб от асфиксии. Причина мертворождения должна быть записана следующим образом:

- I. а) асфиксия;  
б) эклампсия во время родов;  
в) хронический нефрит матери.

II. —

2) Смерть плода наступила от мозгового кровоизлияния в результате аномалии таза:

- I. а) мозговое кровоизлияние;  
б) анатомически узкий таз;  
в) —

II. —



9. В пункте 17 подчеркивают, кем и на каком основании (в результате вскрытия или без вскрытия) установлена причина мертворождения.

10. При записи сведений на корешке свидетельства о мертворождении, остающемся в лечебном учреждении, необходимо строго следить за совпадением записей в пунктах 1, 2, 4 и 5 корешка и, соответственно, в пунктах 3, 4, 11 и 16 свидетельства.

11. Роды незрелым плодом следует считать преждевременными, а сам плод недоношенным.



К Р А Т К И Й  
СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ  
ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКИЙ  
С Л О В А Р Ъ







## А

**АВТОМОБИЛЬНАЯ ТРАВМА** — вид механических телесных повреждений от действия наружных или внутренних частей движущегося автомобиля или при выпадении из него. Принято выделять 6 видов автомобильной травмы: 1. Столкновение движущегося автомобиля с человеком (удар частями автомобиля); 2. Переезд колесом (колесами) автомобиля; 3. Падение из движущегося автомобиля; 4. Травма внутри автомобиля; 5. Прижатие автомобилем к неподвижному предмету; 6. Комбинированные виды автомобильной травмы. Повреждения, возникшие при указанных видах автомобильной травмы, разделяют на 3 группы: 1) повреждения, специфичные для данного конкретного вида травмы; 2) повреждения, характерные для автомобильной травмы вообще; 3) повреждения, не характерные для автомобильной травмы.

Автомобильной травме свойственны 4 механизма образования повреждений: 1) удар частями автомобиля, о части автомобиля, о грунт или покрытие дороги; 2) общее сотрясение тела вследствие одного из перечисленных ударов; 3) сдавление тела или его части между колесами автомобиля и грунтом, либо между частями автомобиля и другими предметами; 4) трение тела (об автомобиль, о покрытие дороги).

Каждый вид автомобильной травмы протекает циклично и состоит из нескольких фаз, сменяющих друг друга.

**АГГРАВАЦИЯ** (от лат. *aggravare* — усиливать тяжесть, *gravitas* — тяжелый) — преувеличение симптомов или тяжести какого-либо действительно имеющегося незначительного заболевания. Аггравация может также проявляться в преуменьшении результатов лечения.

**АГОНИЯ** (от греч. *agonia* — борьба) — терминальное состояние, предшествующее клинической смерти (см. терминальные состояния).

**АМЮССА** признак — поперечный надрыв интимы общей сонной артерии, встречающийся при повешении (см).

**АНТИФРИЗ** (от греческ. *anti* — против и англ. *freeze* — замораживать) — общее название незамерзающих жидкостей, употребляемых вместо воды для охлаждения двигателей внутреннего сгорания. Наиболее часто применяется водный раствор этиленгликоля. При приеме внутрь в дозах, превышающих 100 мл, вызывает отравление. Дозы более 300—400 мл могут вызвать смерть.

**АНТИХОЛИНЭСТЕРАЗНЫЕ ВЕЩЕСТВА** — группа веществ, лишаящих холинэстеразу возможности расщеплять ацетилхолин. Различают антихолинэстеразные вещества обратимого (эзерин, прозерин) и необратимого действия (фосфорорганические вещества).

**АНТРОПОМЕТРИЯ** (от греч. *antropos* — человек и *metreo* — изме-



ряю) — один из основных методов для определения индивидуальных и групповых особенностей морфофизиологии человека.

**АСПИРАЦИЯ** — вдыхание (от лат. *ad* — к, и *spiro* — дышу) — проникновение при вдохе в дыхательные пути различных инородных тел. Встречается аспирация пищи, рвотных масс, крови и т. д.

**АСФИКСИЯ** (от греч. *a* — отрицание, *sphygmōs* — пульс) — острое кислородное голодание вследствие прекращения доступа воздуха в дыхательные пути, заканчивающееся полной остановкой дыхания и сердечной деятельности. Механическая асфиксия — задушение от механических препятствий для дыхания. Различают механическую асфиксию от сдавления органов шеи (странгуляционная асфиксия: повешение, удушение петлей, удушение руками), от закрытия дыхательных отверстий и путей и от сдавления грудной клетки и живота. В прижизненном течении асфиксии, продолжающейся в типичных случаях 4—6 минут, различают 5 периодов или стадий: 1) преасфиктический период, характеризующийся задержкой дыхания, наличием беспорядочных движений, продолжающийся 10—15 секунд; 2) период одышки, в котором можно выделить фазы инспираторной и экспираторной одышки, длящейся 1,5—2 минуты. В начале этого периода теряется сознание; 3) период покоя или остановки дыхания (около 1 минуты); 4) период терминального дыхания (1—3 минуты), 5) стойкая остановка дыхания. Сердечная деятельность продолжается еще в течение 6—8 минут после остановки дыхания. Выраженность и длительность стадий асфиксии зависит от вида механической асфиксии и от особенностей организма: возраста, состояния здоровья, выносливости к кислородному голоданию.

**АТЕЛЕКТАЗ** (от греч. *ateles* — неполный, *ektasis* — растяжение) — состояние легкого или его части, при котором альвеолы не содержат воздуха или содержат его в уменьшенном количестве. Различают: 1. Врожденный ателектаз: характеризующий легкие недышавшего (мертворожденного) младенца и 2. Приобретенный (вторичный) ателектаз — спадение альвеол в уже дышавших легких.

## Б

**БАЛЛИСТИКА СУДЕБНАЯ** — часть баллистики (науки о движении огнестрельного снаряда), изучающая материальную часть стрелкового оружия, патроны, пороха, а также явления, связанные с выстрелом.

**БАЛЬЗАМИРОВАНИЕ** — метод искусственного консервирования трупа с помощью введения веществ, предохраняющих от гнилостного разложения.

**БАРОТРАВМА** (от греч. *baros* — тяжесть, *trauma* — повреждение) — повреждения, вызываемые повышенным (кессонная болезнь) или пониженным (горная болезнь) атмосферным давлением, в частности, резким перепадом его. Баротравма в результате высокого атмосферного давления может наблюдаться у водолазов и при кессонных работах. В условиях повышенного атмосферного давления в крови и тканях человека растворяются газы (азот). При быстром уменьшении давления растворенные в крови и тканях газы высвобождаются, скапливаются в сосудах (газовая эмболия — см.), что может привести к смерти. Низкое атмосферное давление вызывает гипоксию с симптомами т. н. высотной (горной) болезни, которая также может закончиться смертью.



## В

**ВЕЩЕСТВЕННЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА** — «...предметы, которые служили орудиями преступления или сохранили на себе следы преступления, или были объектами преступных действий обвиняемого... и все другие предметы, которые могут служить средствами к обнаружению преступления, установлению фактических обстоятельств дела, выявлению виновных, либо к опровержению обвинения или смягчению вины обвиняемого» (ст. 83 УПК РСФСР).

**БИДМАРКА МЕТОД** — биохимический микрометод количественного определения этилового алкоголя в крови и моче.

**ВИШНЕВСКОГО ПЯТНА** — мелкие кровоизлияния в слизистую желудка, располагающиеся по ходу сосудов и имеющие бурый или коричневый цвет. Являются признаком смерти от общего охлаждения тела.

**ВРАЧЕБНАЯ ОШИБКА** — добросовестное заблуждение врача в его суждениях и действиях, обусловленное несовершенством методов диагностики и лечения и недостаточной подготовкой самого врача, при отсутствии в его действиях элементов небрежности и халатности. Врачебные ошибки подразделяются на: 1) диагностические; 2) ошибки в назначении и осуществлении лечебных мероприятий; 3) ошибки в ведении медицинской документации; 4) ошибки в поведении медицинского персонала.

**ВРАЧ-ЭКСПЕРТ** — врач, не являющийся судебно-медицинским экспертом и привлеченный, в соответствии с действующими нормами Уголовно-процессуального Кодекса, органами дознания, следствия или судом к производству судебно-медицинской экспертизы по конкретному делу.

**ВРАЧЕБНАЯ ТАЙНА** — сведения о болезни, интимной и семейной сторонах жизни больного, ставшие известными медицинским работникам вследствие исполнения ими профессиональных обязанностей.

Обязанность сохранения сведений, составляющих врачебную тайну, предусмотрена ст. 16-й «Основ законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении». Врачи и другие медицинские работники не вправе разглашать ставшие им известными в силу исполнения профессиональных обязанностей сведения о болезни, интимной и семейной сторонах жизни больного.

Руководители учреждений здравоохранения обязаны сообщать сведения о болезни граждан органам здравоохранения в случаях, когда этого требуют интересы охраны здоровья населения, а следственным и судебным органам — по их требованию. Обязанность хранить врачебную тайну предусмотрена также и текстом «Присяги врача Советского Союза».

Смысл охраны врачебной тайны состоит в том, чтобы медицинский работник мог получить от больного все необходимые ему сведения для правильной постановки диагноза и успешного лечения и чтобы больной, в свою очередь, мог сообщить врачу все сведения, не опасаясь, что они станут известными посторонним лицам.

**ВХОДНОЕ ОГНЕСТРЕЛЬНОЕ ОТВЕРСТИЕ** — отверстие, образовавшееся в результате действия огнестрельного снаряда (пули, дроби, осколков артиллерийских снарядов или мин) при прохождении его через одежду или кожу. Входное отверстие характеризуется наличием дефекта ткани, пояском обтирания (см.), пояском осаднения (см.), а при выстреле с близкого расстояния наличием, кроме того, следов близкого выстрела на одежде или коже.

**ВЫСТРЕЛ** — выбрасывание снаряда (пули, дроби) из канала ствола огнестрельного оружия давлением пороховых газов, образовавшихся



вследствие воспламенения (взрывчатого превращения) пороха (см. «Огнестрельные повреждения»).

**ВЫСТРЕЛ В УПОР** — выстрел из ручного огнестрельного оружия, когда дульный срез его соприкасается с одеждой или кожей. Различают плотный упор, неплотный и упор под углом (см. «Огнестрельные повреждения»).

**ВЫСТРЕЛ С БЛИЗКОГО РАССТОЯНИЯ** — выстрел с расстояния, на котором вокруг входного огнестрельного отверстия в одежде или коже могут быть обнаружены следы механического, химического и термического воздействия пороховых газов (см.), отложение коготи выстрела, зерен пороха или следов их действия (см. «Огнестрельные повреждения»).

**ВЫСТРЕЛ С НЕБЛИЗКОГО (ДАЛЬНОГО) РАССТОЯНИЯ** — выстрел с расстояния, при котором на поражаемом объекте уже не обнаруживаются следы близкого выстрела (практически, расстояние, превышающее 1—1,5 метра).

## Г

**ГЕРМАФРОДИТИЗМ** — двуполость (двуснастие). Крайне редко встречается истинный гермафродитизм, когда у человека имеются и женские, и мужские половые органы (как правило, недоразвитые). Несколько чаще встречается ложный гермафродитизм, когда имеются половые железы одного пола, но в определенной степени развиты и признаки другого пола.

**ГИЛЬЗА** — часть патрона, соединяющая его в одно целое и предохраняющая пороховой заряд от внешних воздействий. Гильза не дает порохом газам при выстреле прорваться назад через казенную часть огнестрельного оружия. По форме гильзы бывают бутылочные и цилиндрические, по материалу, из которого они изготовлены, — металлические и картонные (папковые). Последние, изготавливаемые для охотничьего оружия, имеют металлическую головку, в донышке которой имеется гнездо для капсуля.

**ГИПОКСИЯ** (от греч. *hupo* — ниже и *oxugenium* — кислород) — понижение содержания кислорода в тканях. Принята следующая классификация гипоксии: 1. Гипоксическая или дыхательная гипоксия (возникающая вследствие недостаточного насыщения крови кислородом в легких). Эта форма гипоксии может быть обусловлена: а) уменьшением содержания кислорода во вдыхаемом воздухе; б) расстройством регуляции дыхания; в) поражением легочной ткани при различных патологических процессах.

2. Застойная, циркуляторная или ишемическая гипоксия, обусловленная замедлением тока крови или недостаточностью притока ее к отдельным органам (при расстройствах кровообращения, хронической сердечно-сосудистой недостаточности); 3. Анемическая (гемическая) гипоксия, вызванная недостаточным количеством гемоглобина в крови (при острых и хронических анемиях, при отравлениях кровяными ядами); 4. Гистотоксическая (тканевая) гипоксия, при которой уменьшена способность тканей использовать доставляемый им кислород. Кроме гипоксии различают еще одну форму кислородного голодания — асфиксию (см.).

**ГИПОСТАЗЫ** (см. «Трупные пятна»).

**ГНИЕНИЕ** — одно из поздних трупных изменений (см.), представляющее собой процесс разложения органических соединений трупа под влиянием жизнедеятельности микроорганизмов.



## Д

**ДАКТИЛОСКОПИЯ** — метод установления личности по следам папиллярных узоров концевых фаланг пальцев рук.

**ДЕОНТОЛОГИЯ** (от греч. *deon* — должное, *logos* — учение) — учение о правилах поведения, предусматривающих достижение максимальной пользы в интересах добра, здоровья лиц, групп общества и их благосостояния. Нельзя противопоставить деонтологию этике. Их надо воспринимать в единстве этих понятий.

Врачебная этика, включающая в себя и врачебную гомилетику (искусство обхождения с больным), а также врачебная деонтология являются проявлением общей этики и деонтологии в профессиональной деятельности медицинских работников. Врачебная этика и медицинская деонтология сосредотачивают свое основное внимание на роли нравственных начал и моральных норм, а также правилах поведения медицинских работников.

**ДЕТОУБИЙСТВО** — убийство матерью своего ребенка во время родов или вскоре после них.

**ДЕФЛОРАЦИЯ** (от лат. *de* — приставка, означающая удаление, нарушение, *flora* — цветок) — лишение физической девственности — нарушение анатомической целостности девственной плевы.

**ДИАГНОЗ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ** — диагноз (от греч. *diagnosis* — распознавание, определение) — есть краткое заключение о сущности заболевания и состояния больного, выраженное в терминах, принятых современной медицинской наукой. Судебно-медицинский диагноз характеризует повреждение (или заболевание), которое само по себе или через осложнения привело к смерти. В настоящее время принята следующая схема построения судебно-медицинского диагноза: 1. Основное повреждение или заболевание, которое само по себе явилось причиной смерти или вызвало другое, патогенетически связанное с ним заболевание (осложнение), приведшее к смерти. 2. Основное осложнение (заболевание или патологическое состояние, обусловленное основным повреждением или заболеванием, которое само или через новые вызванные им патологические процессы привело к смерти). 3. Добавочные осложнения (все другие повреждения или заболевания, не играющие ведущей роли в наступлении смерти, но генетически связанные с основным повреждением или заболеванием). 4. Сопутствующие повреждения или заболевания (все другие повреждения или заболевания, обнаруженные при исследовании трупа, не играющие существенной роли в наступлении смерти и патогенетически не связанные с основным повреждением или заболеванием).

**ДИАТОМЕИ** — водоросли из низших споровых растений размерами от 4 до 2000 микрон, имеющие состоящую из двух створок или половинок оболочку — панцирь из органической основы, пропитанной кремнеземом. Мелкие диатомовые водоросли (до 100 микрон) при утоплении человека в воде проникают в кровеносное русло и могут быть обнаружены в трупе при специальном исследовании.

**ДИССИМУЛЯЦИЯ** (от лат. *dissimulatio* — сокрытие) — сокрытие болезни или отдельных ее симптомов.

**ДОНОШЕННОСТЬ** — определяется временем пребывания плода в утробе матери. Доношенным является плод, рожденный после 39 недель беременности.

**ДРОБЬ** — мелкие свинцовые шарики — вид огнестрельного снаряда, употребляемого для снаряжения патронов к охотничьему оружию. Дробь может изготавливаться заводским путем или кустарно, из свинца с при-



месяцу некоторых других металлов. Дробь различается по номерам (от 0/0 до 10). Дробь, имеющая диаметр более 5,9 мм, называется картечью.

**ДИХЛОРЕТАН** — хлористый этилен ( $\text{CH}_2\text{Cl}-\text{CH}_2\text{Cl}$ ) — органический растворитель — бесцветная жидкость, напоминающая по запаху хлороформ. При приеме внутрь (вместо этилового спирта или с другой целью) в дозах, превышающих 25—50 мл, вызывает отравление с возможным смертельным исходом. Клинические симптомы отравления: боли в животе, рвота, понос, потеря сознания, кома. При вскрытии от полостей и органов трупа ощущается запах сушеных грибов. Наблюдается гиперемия слизистой желудочно-кишечного тракта, застойное полнокровие внутренних органов, мелкие кровоизлияния в серозные оболочки.

## Ж

**ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНАЯ ТРАВМА** — повреждение или комплекс повреждений, причиненных частями движущегося железнодорожного транспорта или при падении с движущегося железнодорожного транспорта и внутри его. Различают типичные железнодорожные повреждения (связанные и несвязанные с перекачиванием через тело колес железнодорожного транспорта) и нетипичные железнодорожные повреждения.

**ЖИВОРОЖДЕННОСТЬ** — живорожденным считается ребенок, родившийся живым и проживший некоторое время. Живорожденность устанавливается с помощью жизненных проб (см.) по изменениям, возникающим в организме младенца при переходе из внутриутробной во внеутробную жизнь.

**ЖИЗНЕННЫЕ ПРОБЫ** — пробы для доказательства живорожденности. Наибольшее распространение получила легочная проба (Галена) и желудочно-кишечная проба (Бреслау), основанные на том, что если ребенок родился живым и, следовательно, дышал хотя бы короткое время, легкие расправляются, воздух попадает также в желудок и кишечник, заполняя их в течение нескольких часов после рождения. Проба Дитлона — определение наличия воздуха в легких и желудочно-кишечном тракте с помощью рентгенографии всего плода.

**ЖИЗНЕСПОСОБНОСТЬ** — способность плода жить вне организма матери. Обуславливается достаточной степенью зрелости плода и отсутствием у него пороков развития или заболеваний, несовместимых с жизнью. Жизнеспособным принято считать плод длиной более 40 см и весом более 1000 граммов.

**ЖИРОВОСК** — одно из поздних консервирующих трупных изменений, характеризующееся превращением подкожной жировой клетчатки, мышц и внутренних органов трупа в желто-серую зернистую массу, напоминающую жир и воск, под влиянием расщепления жиров на глицерин и жирные кислоты и последующим образованием мылов. Условием для образования жировоска является длительное пребывание трупа во влажной почве (болоте).

## З

**ЗАДУШЕНИЕ ИНОРОДНЫМИ ТЕЛАМИ** — вид механической асфиксии, вызванной попаданием инородных тел в дыхательные пути. Чаще всего — это несчастный случай. Возможно попадание в дыхательные пути крупных непережеванных кусков пищи, различных инородных тел при держании их во рту (у детей), съемных зубных протезов. Задыхание рвотными массами может наступить при бессознательном состоянии, ал-



когольном опьянении, во время сна. Закрытие дыхательных путей возможно при аспирации сыпучих тел — зерна, крупы, муки, песка. Закрытие дыхательных путей водой (см. «Утопление»).

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ ЭКСПЕРТА** — судебно-медицинский документ, в котором отражаются ход и результаты судебно-медицинского исследования (экспертизы). Содержание заключения эксперта регламентировано ст. 191 УПК РСФСР. В заключении должно быть указано: где кем (фамилия, имя, отчество, образование, специальность, ученая степень и звание, занимаемая должность), на каком основании была проведена экспертиза, кто присутствовал при ее производстве, какие материалы эксперт использовал, какие исследования произвел, какие вопросы были поставлены эксперту и его мотивированные ответы. Заключение дается в письменном виде и подписывается экспертом. Таким образом, заключение эксперта состоит из введения, исследовательской части (протокольной части исследования, фиксирующей последовательность его, объективное описание обнаруженных при исследовании изменений, результаты дополнительных исследований) и выводов, содержащих мотивированные ответы на поставленные перед экспертом вопросы.

**ЗАКРЫТИЕ ОТВЕРСТИЙ НОСА И РТА** — вид механической асфиксии, при которой отверстия носа и рта закрываются мягкими предметами, в результате чего прекращается доступ воздуха в дыхательные пути. Чаще это убийство, но возможны и несчастные случаи.

**ЗАРАЖЕНИЕ ВЕНЕРИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ** — является преступлением против здоровья человека. Ответственность за это преступление предусмотрена Указом Президиума Верховного Совета СССР от 1 октября 1971 года («Заражение другого лица венерической болезнью лицом, знавшим о наличии у него этой болезни, — наказывается лишением свободы на срок до трех лет или исправительными работами на срок до одного года»). Этим же указом установлена ответственность за уклонение от лечения венерической болезни, за заведомое поставление другого лица в опасность заражения венерической болезнью. В задачу судебно-медицинского эксперта при проведении экспертиз по делам о заражении венерической болезнью входит: установление наличия венерического заболевания у потерпевшего и подозреваемого, решение вопроса о возможности заражения потерпевшего подозреваемым лицом в тот период, к которому относится время полового акта. Экспертизы подобного рода рекомендуется производить комиссионно, с участием дермато-венеролога и, при необходимости, уролога.

**ЗРЕЛОСТЬ ПЛОДА** — степень развития плода, определяемая группой признаков, важнейшими из которых являются длина тела (48—52); наличие ядер окостенений в нижнем эпифизе бедренной кости (ядро Бекляра); размеры головки (окружность 34—35 см, поперечный 8—9 см, прямой 10—11 см, большой косой 12—13 см); вес плода (3000—3500 граммов).

**ЗРЕЛОСТЬ ПОЛОВАЯ (женщины)** — окончательное формирование женского организма, когда половая жизнь, зачатие, беременность, роды и вскармливание ребенка являются нормальной функцией, не расстраивающей здоровья, и когда женщина готова к выполнению материнских обязанностей. Антропометрические данные, свидетельствующие о достижении половой зрелости: рост стоя не менее 150 см, сидя 80 см, длина туловища от VII шейного позвонка до копчика 56—58 см, окружность плеча 30—31 см, окружность голени 40—41 см (в средней трети); размеры таза: расстояние между вертелами 29 см, между остями 23 см, между гребешками 26 см, наружная конъюгата 18 см.



**ЗРЕЛОСТЬ ПОЛОВАЯ У ЛИЦ МУЖСКОГО ПОЛА** — такое состояние общего физического развития и формирования половых желез, при котором половая жизнь является физиологически нормальной функцией и не наносит ущерба дальнейшему развитию организма. Половая зрелость у лиц мужского пола определяется в случаях, связанных с половыми преступлениями. При освидетельствовании учитывают общее физическое состояние организма, развитие наружных и внутренних половых органов, способность к половому сношению и оплодотворению. Каждый из этих признаков в отдельности не является решающим, только совокупность их дает возможность судебно-медицинскому эксперту правильно ответить на вопрос о достижении половой зрелости.

## И

**ИДЕНТИФИКАЦИЯ** (от лат. *identificare* — отождествлять) — отождествление — установление тождества тех или иных явлений, предметов, вещей, лиц по их характерным индивидуальным, присущим только им, особенностям.

**ИДЕНТИФИКАЦИЯ ЛИЧНОСТИ** — установление личности определенного человека. Личность, как объект идентификации, представляет совокупность всех свойств и признаков определенного человека, отличающих его от других людей. Возможность установления личности основывается на индивидуальности морфологии, химического состава, биохимических и физиологических свойств человека, а также на особенностях его сознательной деятельности. В качестве примера приводятся этапы идентификации личности пропавшего без вести человека: 1. Установление признаков, характеризующих личность пропавшего без вести человека; 2. Розыск (выявление) пропавшего без вести человека; 3. Сравнительное исследование признаков для установления тождества личности пропавшего без вести и обнаруженного трупа. В других случаях отождествление личности может производиться путем опознания, по почерку (с помощью судебно-почерковедческой экспертизы), по отпечаткам пальцев (с помощью дактилоскопической экспертизы).

**ИДЕНТИЧНОСТЬ** (от лат. *idem* — тот же) — равенство, тождественность объекта только самому себе — неповторимость индивидуально-конкретного объекта. Тождество следует отличать от сходства, при котором может быть несколько одинаковых признаков у разных объектов.

**ИЗНАСИЛОВАНИЕ** — половое сношение, совершенное против воли или без согласия потерпевшей, с применением физического насилия, угроз или с использованием ее беспомощного состояния. Ответственность за изнасилование предусмотрена ст. 117 УК РСФСР.

**«ИНСТРУКЦИЯ О ПРОИЗВОДСТВЕ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В СССР»** — регламентирует, в соответствии с уголовно-процессуальным кодексом, порядок проведения судебно-медицинских экспертиз, определяет права и обязанности судебно-медицинских экспертов в СССР. Составлена Главным судебно-медицинским экспертом МЗ СССР, утверждена 13 декабря 1952 г. Министерством здравоохранения СССР, согласована с Прокуратурой СССР, Министерством юстиции СССР, КГБ СССР.

**ИСТЯЗАННИЕ** — способ нанесения телесных повреждений, рассчитанный на причинение особенной боли или психических страданий (систематическое сечение розгами и т. п.). Истязания могут быть способом причинения тяжких и менее тяжких телесных повреждений, а также могут со-



ставлять самостоятельное преступление против здоровья человека (ст. 113 УК РСФСР). Уголовным кодексом РСФСР предусмотрено усиление наказания за действия, носящие характер истязания.

## К

**КАРБОКСИГЕМОГЛОБИН** — стойкое соединение гемоглобина крови с окисью углерода ( $\text{COHb}$ ), возникающее при вдыхании воздуха, содержащего  $\text{CO}$ . Гемоглобин соединяется с  $\text{CO}$  значительно легче, чем с кислородом. При связывании более 50% гемоглобина с окисью углерода возникает тяжелое отравление, нередко заканчивающееся смертью.  $\text{COHb}$  качественно может быть обнаружен в крови спектроскопическим методом или химическими реакциями. Количественное определение содержания  $\text{COHb}$  в крови производится с помощью спектрофотометрических исследований.

**КАПСЮЛЬ** — составная часть патрона (см.), служит для воспламенения пороха. Представляет собой латунный стаканчик, вставляемый в дно гильзы, в котором запрессован капсюльный состав. При выстреле боек ударника оружия разбивает капсюль, что и вызывает воспламенение капсюльного состава и взрывчатое превращение пороха.

**КЕФАЛОГЕМАТОМА** — разновидность головной родовой опухоли (см.) — скопление крови между костью свода черепа и ее апоневрозом. Образуется во время родов, иногда вскоре после них. Является одним из важнейших признаков новорожденности.

**КОЛЮЩИЕ ОРУДИЯ** — имеют более или менее длинный клинок, заканчивающийся острием. В зависимости от формы поперечного сечения колющие орудия могут быть коническими, цилиндрическими и пирамидальными. Механизм действия колющих орудий: острие разрезает или разрывает ткани под действием давления, а клинок орудия, проникая в глубь тканей, раздвигает их. При действии колющих орудий образуются колотые раны (см. «Раны от колющих орудий»).

**КОЛЮЩЕ-РЕЖУЩИЕ ОРУДИЯ** — имеют острый конец и одно (одностороннеострое), два (обоюдоострое) или несколько заточенных в виде лезвий продольных ребер, т. е. соединяют в себе признаки колющих (см.) и режущих (см.) орудий. От действия колюще-режущих орудий возникают колото-резаные раны (см. «Раны от действия колюще-режущих орудий»).

**КОМПЕТЕНЦИЯ** судебно-медицинского эксперта (от лат. *competentia* — принадлежность по праву) — круг или перечень вопросов, которые может и должен решать судебно-медицинский эксперт, обладающий специальными познаниями в медицине.

**КОПОТЬ** выстрела — пылевидные частицы, содержащие продукты разложения капсюльного состава, неполного сгорания заряда, металлическую пыль, стирающуюся с поверхности пули, канала ствола оружия и выходящие из канала ствола оружия при выстреле. Является одним из следов близкого выстрела, откладывается на поражаемом объекте (одежде, коже) при выстрелах из нарезного оружия патронами, снаряженными бездымным порохом с расстояний, не превышающих 30—50 см и 50—100 см (при выстрелах из гладкоствольного оружия патронами, снаряженными дымным порохом).

**КРИМИНАЛИСТИКА** (от лат. *criminalis* — преступный) — наука о тактических и технических приемах раскрытия преступлений.

**КРИМИНОЛОГИЯ** (от лат. *crimen* — преступление, греч. *logos* — уче-



ние) — наука о состоянии, динамике, причинах преступности, методах изучения ее и средствах предупреждения. В предмет криминологии входят: изучение преступности (определение качественной и количественной характеристики, тенденций изменения в разные периоды времени, изучение особенностей преступности в разных районах страны); изучение личности преступника; причин, вызывающих преступления, а также разработка мер по предупреждению преступности.

**КРИОСКОПИЯ** (от греч. *kryos* — холод, *skopein* — наблюдать) — метод, позволяющий определять температуру замерзания растворов. Может использоваться для определения точки замерзания крови из правой и левой половин сердца при утоплении. Метод дает достоверные результаты только при исследовании свежих трупов.

**КРОВОПОДТЕК** — скопление крови в подкожной клетчатке и подлежащих тканях вследствие разрыва сосудов. Возникает от прямого удара или сдавления со смещением кожи по отношению к подлежащим тканям. Различают поверхностные (располагающиеся в коже и подкожной клетчатке) и глубокие (располагающиеся в толще мышц, между ними, под надкостницей, во внутренних органах и тканях) кровоподтеки. Судебно-медицинское значение кровоподтеков: являются объективным проявлением механического воздействия (чаще — тупых орудий); указывают на место приложения силы; могут давать указание на форму предмета, которым они причинены; дают основание судить о времени их причинения (по изменению цвета кровоподтека).

## Л

**ЛАБОРАТОРИЯ** судебно-медицинская — функциональное подразделение областных, краевых, республиканских Бюро судебно-медицинской экспертизы, в котором производятся все судебно-медицинские исследования всех родовых доказательств. Судебно-медицинская лаборатория имеет три отделения: судебно-биологических исследований, физико-технических исследований, судебно-химических исследований (Приказ МЗ СССР № 166 от 10 апреля 1962 г.).

**ЛАРШЕ** пятна — результат посмертного высыхания конъюнктивы глаз между открытыми веками, в виде треугольников белого или серого цвета, основанием обращенных к зрачку, а вершинами — к углам глаз. Один из достоверных признаков биологической смерти.

**ЛОМБРОЗО** теория (ломброзианство) — созданное итальянским психиатром Чезаре ЛОМБРОЗО (1835—1909) учение о причинах преступности. Согласно этому учению, причины преступности заложены в самой личности преступника, в его биологической природе. Преступник, утверждал ЛОМБРОЗО, рождается таковым, он совершает преступление под влиянием своих анатомических, физиологических, психологических особенностей, поэтому у преступников имеются особые антропологические, анатомические физиологические и психологические признаки, присущие только им. Предупредить преступность, считал ЛОМБРОЗО, можно либо пожизненной изоляцией, либо физическим уничтожением лиц, совершивших преступления, а также людей, имеющих признаки преступников. Создав теорию прирожденного преступника, ЛОМБРОЗО пытался применить ее и к объяснению революций и политических преступлений. Теория ЛОМБРОЗО устраивала буржуазных социологов и криминологов, поскольку снимала ответственность за рост преступности с капиталистического общества. Не случайно теория ЛОМБРОЗО была принята фашистскими режимами в



Германии и Италии для узаконивания уничтожения «неполноценных рас» и противников фашизма. В дальнейшем теория ЛОМБРОЗО была развита его последователями (неоломброзианцы), создавшими теории наследственного, конституционального, психопатического, эндокринного и расового предрасположения к преступлениям. Суть этих и подобных биокриминологических теорий в том, что корни преступности заложены в особенностях личности преступника. Неоломброзианство, выдвигая концепцию биологически обусловленной природы преступлений, стремится политически оправдать капиталистический строй, порождающий и поддерживающий систематический рост преступности.

## М

**МАЦЕРАЦИЯ** (от лат. *macere* — мочить, размягчать) — размягчение мягких тканей вследствие размачивания их жидкостью. Может встречаться у живых лиц при длительном соприкосновении с водой («кожа прачек», «банная кожа»). На трупах наблюдается при пребывании их в воде. Кожа при этом обесцвечивается, набухает, затем сморщивается. При пребывании в воде более 10—12 суток может наблюдаться отторжение эпидермиса ладоней и стоп («перчатки смерти»). Быстрота развития явлений мацерации зависит от температуры воды — в теплой воде она развивается быстрее. Явления мацерации бывают резко выражены у плодов, умерших внутриутробно и пробывших определенное время в околоплодных водах.

**МЕКОНИЙ** — первородный кал — содержимое кишечника плодов и новорожденных. В тонком кишечнике имеет светло-желтый цвет, в толстом — коричнево-зеленый. Наличие мекония свидетельствует о новорожденности. Меконий выделяется полностью из кишечника на 2—4 сутки. Состав мекония: слизь, желчь, слущенный эпителий желудочно-кишечного тракта, пушковые волосы, кожное сало, мекониевые тельца — образования округлой или овальной формы диаметром 3—40 микрон, желтовато-бурого цвета, формирующиеся из слущенных клеток эпителия, пропитанных желчью.

**МЕТГЕМОГЛОБИН** (Mt Hb) — дериват гемоглобина, в котором железо находится в трехвалентном состоянии и кислород присоединен к железу в составе гидроксильной группы (ОН), вследствие чего красящее вещество крови утрачивает способность легко присоединять и отщеплять молекулярный атмосферный кислород. Метгемоглобин имеет коричневый цвет и образуется целым рядом токсических веществ (бертолетова соль, нитраты, мышьяковистый водород, анилин и др.), относящихся к кровяным ядам. Отравление этими ядами может быть острым и хроническим. Метгемоглобин обнаруживается в крови с помощью спектроскопического исследования (дает характерную полосу поглощения в красной части спектра).

**МИНАКОВА** пятна — тонкие плоские полосовидные кровоизлияния под эндокардом левого желудочка сердца. Наблюдаются при значительной острой кровопотере.

**МУЖЕЛОЖСТВО** — педерастия (от греч. *paiderastia*) — половое сношение мужчины с мужчиной. Преступление, предусмотренное ст. 121 УК РСФСР. Судебно-медицинской экспертизе в делах о мужеложстве подвергаются оба партнера — активный и пассивный. У активного исследуются наружные половые органы для обнаружения в складках крайней плоти, на половом члене, в препуциальном мешке частиц каловых масс, наличия повреждений. У пассивного партнера исследуется состояние окружающей заднего прохода, наличие или отсутствие повреждений, заражение



сифилисом. Производится микроскопическое исследование содержимого из заднего прохода на возможное наличие спермы.

**МУМИФИКАЦИЯ** (от арабск. *mithuia*, перс. *mith* — воск и лат. *facere* — делать) — высушивание трупа или отдельных его частей, превращение в мумию. Различают естественную мумификацию (высушивание трупа при отсутствии или прекращении явлений гниения) и искусственную (с применением консервирующих средств, предупреждающих гниение, с последующим созданием условий для высушивания трупа).

**МУЧЕНИЯ** — способ причинения телесных повреждений — причинение жертве страданий путем лишения необходимых для жизни условий: пищи, воды, тепла, сна и т. п.

## Н

**НЕБРЕЖНОСТЬ** — юридическое понятие — форма неосторожности. Непредвидение возможности наступления общественно опасных последствий своего действия или бездействия. Небрежность является проявлением халатности (см.).

**НЕВМЕНЯЕМОСТЬ** — состояние, при котором лицо во время совершения каких-либо действий не могло отдавать себе отчета в своих действиях или руководить ими. Медицинский критерий невменяемости включает в себя четыре признака болезненных состояний психики: хроническую душевную болезнь, временное расстройство душевной деятельности, слабоумие и иные болезненные состояния. По действующему законодательству, лицо, совершившее преступление в невменяемом состоянии, не подлежит уголовному наказанию; к нему по решению суда, может быть применено принудительное лечение (ст. 11 УК РСФСР). Для решения вопроса о невменяемости назначается судебно-психиатрическая экспертиза (см.).

**НЕКРОСПЕРМИЯ** (от греч. *nekros* — мертвый и *sperma* — семя) — мертвое семя — состояние семенной жидкости, при котором сперматозоиды неподвижны и нежизнеспособны.

**НЕОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ БОЛЬНОМУ** — преступление, предусмотренное ст. 128 УК РСФСР: «Неоказание помощи больному без уважительных причин лицом, обязанным ее оказывать по закону или по специальному правилу, наказывается исправительными работами на срок до одного года или штрафом до 100 рублей, или общественным порицанием, либо влечет применение мер общественного воздействия. То же деяние, если оно повлекло или заведомо могло повлечь смерть больного или иные тяжкие для него последствия, — наказывается лишением свободы на срок до двух лет с лишением права заниматься профессиональной деятельностью на срок до трех лет». В соответствии со ст. 33 «Основ законодательства Союза ССР и Союзных республик о здравоохранении», «Медицинские и фармацевтические работники обязаны оказывать первую неотложную помощь гражданам в дороге, на улице, в иных общественных местах». Неоказание помощи больному со стороны врача или иного медицинского работника есть нарушение принципов социалистической морали и нарушение служебного долга, присяги врача, обязывающей помогать людям, оказавшимся в силу заболеваний или травмы в тяжелом состоянии. Неоказание помощи больному проявляется в бездействии и может выражаться в неявке к больному, в отказе принять больного в лечебное учреждение. Состав преступления имеет место в тех случаях, если больному не была оказана помощь без уважительных причин.



**НЕСЧАСТНЫЙ СЛУЧАЙ** — юридическое понятие — род насильственной смерти, т. е. смерти, наступившей от внешних воздействий, независимо от чьей-либо воли, в результате неблагоприятно сложившихся обстоятельств.

**НЕСЧАСТНЫЙ СЛУЧАЙ В МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ** — неудачные исходы диагностических и лечебных процедур или вмешательств, при которых, на основании современных данных медицинской науки, объективно невозможно было предвидеть последствия действий медицинского персонала. Несчастные случаи в медицинской практике не зависят от чьих-то упущений и ошибок, они возникают вследствие особых трудностей случаев, атипичности течения болезни, особенностей организма больного и т. п.

**НОВОРОЖДЕННОСТЬ** — начальный период существования ребенка и приспособления его к условиям внеутробной жизни. В общемедицинском смысле длительность периода новорожденности составляет 3—4 недели. В судебной медицине длительность периода новорожденности исчисляется сроком, в течение которого у младенца еще сохраняются признаки новорожденности. Большинство из этих признаков исчезает в течение первых двух суток, остальные — в течение первых 6—7 дней. Различают наружные и внутренние признаки новорожденности. К наружным признакам относятся: нежная сочная красноватая кожа, сыровидная смазка (*vernix caseosa*) — жирная серовато-белая мазевидная масса, хорошо заметная в естественных складках кожи; следы крови на коже (при целостности кожных покровов); наличие пуповины (к концу первых — началу вторых суток у пупочного кольца появляется демаркационное кольцо; на 6—7 сутки пуповина отпадает). Внутренние признаки новорожденности: родовая опухоль (*caput succedaneum*) кефалогематома; наличие первородного кала (мекония) в кишечнике.

**НОМЕНКЛАТУРА БОЛЕЗНЕЙ** — (и классификация их) — перечень отдельных заболеваний (нозологических форм), принятых медицинской наукой на данном этапе ее развития и их классификация по определенному признаку. Лечащие врачи, патологоанатомы и судебно-медицинские эксперты при постановке диагнозов и статистической обработке материалов о заболеваемости и смертности обязаны пользоваться классификацией болезней. Решением Коллегии МЗ СССР от 21 ноября 1968 года с 1 января 1970 года в СССР введена в действие «Международная классификация болезней, травм и причин смерти восьмого пересмотра 1965 года». Международная классификация болезней содержит 17 классов, а внутри их — 999 рубрик. 17-й класс составляют несчастные случаи, травмы и отравления (см. «Статистическая классификация болезней, травм и причин смерти» — Медицина, М., 1969 г.).

## О

**ОБЕЗОБРАЖЕНИЕ ЛИЦА НЕИЗГЛАДИМОЕ** — последствие телесного повреждения. Телесное повреждение, выразившееся в неизгладимом обезображении лица, признается тяжким (ст. 108 УК РСФСР). Обезображение лица — это эстетическое понятие, оно свидетельствует о том, что лицо человека в результате повреждения приобрело неприятный, отталкивающий внешний вид. Факт обезображения лица устанавливается судом, но не судебно-медицинским экспертом. Для того, чтобы обезображение лица было признано тяжким телесным повреждением, необходимо, чтобы оно было неизгладимым, т. е. неустраняемым при естественном заживлении ран или при лечении их консервативным (не хирургическим!) путем. В задачу



судебно-медицинского эксперта входит: а) установление факта и характера повреждения; б) установление изгладимости или неизгладимости повреждений на лице после заживления ран; в) определение степени тяжести телесного повреждения в соответствии с общепринятыми критериями для повреждений вообще (опасность для жизни, исход повреждения).

**ОБОДОК ОБТИРАНИЯ** (поясок обтирания) — один из признаков огнестрельного входного пулевого отверстия в одежде или в коже. Поверхность выстреленной пули покрыта налетом копоти, ружейной смазки и другими загрязнениями. Пробивая кожу или одежду, пуля оставляет на них этот налет («обтирает» его) в виде ободка серого или темно-серого цвета шириной 0,5—2 мм. Ободок обтирания по локализации может совпадать частично или полностью с ободком осаднения (см.). С помощью метода контактной хроматографии (см.) можно обнаружить в пояске обтирания следы металлов, входящих в состав копоти выстрела (см.).

**ОБОДОК ОСАДНЕНИЯ** — (поясок осаднения) — один из признаков огнестрельного входного пулевого отверстия в коже. Представляет собой кайму или кольцо осаднения кожи по краям входного отверстия, шириной 0,5—3 мм. Образуется в результате растяжения кожи и повреждения эпидермиса пулей при прохождении ее через кожу. Если пуля пробивает кожу под прямым углом, ободок осаднения имеет вид циркулярной полосы или кольца, более или менее одинакового по ширине. Если пуля пробивает кожу под углом, то ободок осаднения может быть полулунным или кольцевидным, но ширина его будет больше с той стороны, откуда вошла пуля. В отдельных редких случаях ободок осаднения может образоваться и у выходного пулевого отверстия, если кожа у места выхода пули прижата к какому-нибудь препятствию, например, к спинке стула, и пуля, пробивая кожу у выхода, прижимает края выходного отверстия к этому препятствию.

**ОБЪЕКТЫ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ** — судебно-медицинские эксперты исследуют следующие объекты: живых лиц (для определения характера и степени тяжести телесных повреждений, состояния здоровья, производительной способности, девственности; при самоповреждениях, для определения возраста и др.); трупы (в случаях насильственной смерти и подозрений на нее, для установления причин смерти и решения других вопросов, интересующих следствие и суд); вещественные доказательства (для выявления на них выделений человеческого организма — крови, спермы и пр.); материалы следственных и судебных дел. Производство судебно-медицинских экспертиз и исследование этих объектов регулируется специально изданными правилами (исследования трупов, экспертизы живых лиц, вещественных доказательств и др.).

**ОГНЕСТРЕЛЬНЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ** — повреждения, причиняемые огнестрельными снарядами (пулями, дробью, осколками артиллерийских снарядов и мин), а также непосредственным действием пороховых газов и температуры взрыва (при взрыве взрывчатых веществ). Повреждающими факторами при огнестрельных повреждениях являются огнестрельный снаряд и его части, действие пороховых газов, образующихся при выстреле, «вторичные снаряды» (осколки и частицы преград, повреждаемых снарядом перед поражением тела человека, осколки костей, которым пуля сообщает часть своей кинетической энергии). Характер и вид огнестрельных повреждений в значительной степени зависят не только от особенностей снаряда и поражаемого объекта, но и от расстояния выстрела.

**ОДЕЖДА** (исследование судебно-медицинское) — судебно-медицинское исследование одежды является необходимой составной частью экспертиз в случаях преступлений против жизни и здоровья человека и в некото-



рых других случаях. Оно значительно расширяет экспертные возможности при разрешении вопросов о характере действовавшего орудия, дистанции и направления выстрела, позе пострадавшего в момент получения повреждений и ряда других. Исследование одежды производится в физико-технических отделениях бюро судебно-медицинской экспертизы. Исследование одежды складывается из: 1. Общего осмотра с целью установления ее состава и общих особенностей, наличия или отсутствия повреждений, посторонних наложений или следов, подозрительных на наличие крови, спермы, краски и пр.; 2. Установления индивидуальных особенностей одежды; 3. Детального исследования повреждений, имеющих на одежде. Исследование следов крови и спермы на одежде и следов других выделений человека производится в судебно-биологических отделениях бюро судебно-медицинской экспертизы.

**ОКИСЬ УГЛЕРОДА (СО)** — угарный газ, продукт неполного сгорания органических веществ, газ без цвета и запаха, несколько легче воздуха. Обладает токсическим действием, в основе которого лежит высокое сродство к двухвалентному железу гемоглобина, благодаря чему вытесняет кислород из его соединения и образует карбоксигемоглобин —  $\text{COHb}$  (см.). При связывании окисью углерода 50% и более гемоглобина наступает тяжелое отравление, часто заканчивающееся смертью. Клинические симптомы острого отравления СО: тошнота, рвота, покраснение лица и кожных покровов, мышечная слабость и адинамия, потеря сознания, кома. Смерть наступает при явлениях паралича дыхания. При вскрытии трупов лиц, погибших от отравления СО, обнаруживается ярко-красный цвет трупных пятен, крови и внутренних органов, множественные мелкоточечные кровоизлияния в слизистые оболочки и паренхиматозные органы, полнокровие внутренних органов и головного мозга. Доказательством смерти от отравления СО, кроме вышеуказанных признаков, будет обнаружение карбоксигемоглобина в крови.

**ОКОЧЕНЕНИЕ ТРУПНОЕ (rigor mortis)** — одно из ранних трупных изменений, достоверный признак биологической смерти. Выражается в уплотнении и укорочении мышц, которое начинается через 2—4 часа после смерти и к концу суток захватывает все группы мышц. Трупное окоченение держится, в среднем, 1—2 суток, после чего начинает разрешаться. Считают, что после смерти в связи с прекращением тканевого дыхания происходит распад аденозинтрифосфорной кислоты (АТФ) и накопление в мышцах молочной кислоты, что и приводит к сокращению мышц и их окоченению. Быстрота развития и выраженность трупного окоченения зависят от общего состояния организма в период, предшествовавший смерти, от причины смерти и анатогенеза, а также от условий внешней среды, в которой находится труп. Окоченение, при прочих равных условиях, резче выражено на трупах лиц с хорошо развитой мускулатурой, а также в случаях, когда перед смертью мышцы были в деятельном состоянии или наблюдались судороги. Судебно-медицинское значение трупного окоченения: является достоверным признаком смерти, дает возможность при учете выраженности других ранних трупных изменений, судить о давности наступления смерти; позволяет в некоторых случаях решать вопрос о возможном перемещении трупа и изменении его позы.

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЭТИЛОВОГО АЛКОГОЛЯ** в трупном материале — производится в случаях, когда имеются указания на возможность приема этилового алкоголя незадолго до смерти. Определение этилового алкоголя в трупном материале может быть проведено с помощью качественных и количественных методов. Качественные методы являются предварительными, поскольку констатируют только наличие или отсутствие алкоголя. Для



количественного определения алкоголя используют в настоящее время фотометрический метод и метод газо-жидкостной хроматографии. Сущность фотометрического метода заключается в восстановлении бихромата калия в кислой среде алкоголем, ускоренно диффундирующим из объекта под действием карбоната калия. В зависимости от концентрации алкоголя раствор бихромата калия изменяет свою окраску от светло-оранжевой до темно-синей. Фотометрированием по отношению к эталонным растворам этилового спирта и к контрольной пробе определяется количественное содержание алкоголя в объектах. Сущность метода газо-жидкостной хроматографии заключается в превращении спиртов в алкилнитриты, которые затем подвергаются хроматографическому разделению. Для ориентировочной оценки результатов количественного определения алкоголя в крови пользуются следующими критериями.

Содержание алкоголя в крови в промиле	Функциональная оценка
менее 0,1	в пределах физиологической нормы
0,1—0,2	имел место прием алкоголя в количествах, не дающих функциональных изменений
0,3—0,4	субклиническое опьянение
0,5—0,9	опьянение легкой (слабой) степени
1,0—1,9	опьянение средней степени
2,0—2,9	опьянение тяжелой (сильной) степени, начальные признаки острого отравления алкоголем
3,0—5,0	острое отравление алкоголем, кома, опасное для жизни состояние, нередко — смерть.
более 5,0	обычно наступает смерть

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВОЗРАСТА** — в судебно-медицинской практике производится по различным поводам, возникающим при расследовании уголовных и гражданских дел. Обязательное проведение экспертизы для установления возраста обвиняемого, подозреваемого и потерпевшего в тех случаях, когда это имеет значение для дела, а документы о возрасте отсутствуют, предусмотрено ст. 79 УК РСФСР. При определении возраста изучаются антропометрические данные, сроки появления и состояния зубов, развитие вторичных половых признаков, состояние кожи. В периоде до 25 лет наиболее важное значение для установления возраста дают рентгенологические данные (точки окостенения и состояния синостозов). При определении возраста дается оценка каждому признаку в отдельности и всем признакам в совокупности, учитываются особенности индивидуального развития, связанные с условиями и образом жизни, заболеваниями и т. п. В медикобиологическом отношении у человека различают пять возрастных периодов: детства и юношества (до 18—20 лет), период молодого возраста (21—25 лет), период зрелого возраста (26—50 лет), период пожилого возраста (51—60 лет) и старческий период (старше 60 лет).

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ РОСТА** — (по костям скелета) производится при обнаружении скелетированных трупов или отдельных костей. Основано на том, что каждая кость человеческого организма в процессе своего развития и жизни сохраняет определенное соотношение с длиной тела. Суще-



существует несколько методик определения роста по отдельным трубчатым костям. Точность определения роста по костям колеблется в пределах  $\pm 3-5$  см. Наиболее точные результаты при определении роста получаются при использовании размеров бедренной и большеберцовой костей.

**ОПЬЯНЕНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ** — относится к группе так называемых временных болезненных состояний. Качественно отличается от простого опьянения (см.). Патологическое опьянение развивается спустя короткое время (несколько минут) после приема алкоголя, независимо от крепости напитка и дозы его. При патологическом опьянении резко изменяется сознание, наступает болезненная дезориентация в окружающем, часто возникают аффекты беспокойства, тревоги, страха, иллюзорные и галлюцинаторные восприятия происходящего. Речь немногословна, слова произносятся отрывочно, часто в форме приказа. Характерным признаком патологического опьянения является полная сохранность двигательных функций (хорошая координация движений, сохранность равновесия, стремительность и ловкость). Патологическое опьянение обычно длится от получаса до нескольких часов и заканчивается глубоким сном. Решение вопроса о наличии патологического опьянения в каждом конкретном случае производится судебно-психиатрической экспертизой. Если устанавливается, что у человека имело место патологическое опьянение, он признается на период такого опьянения невменяемым (см.).

**ОПЬЯНЕНИЕ ПРОСТОЕ** — состояние организма человека, вызванное приемом этилового алкоголя. Выделяют три степени простого алкогольного опьянения: легкое (слабое), среднее и тяжелое (сильное). Легкая степень опьянения (содержание алкоголя в крови  $0,5-0,9\%$ ) проявляется в эмоциональной лабильности, некотором нарушении координации движений, особенно тонких, утомляемостью. Для средней степени опьянения (содержание алкоголя в крови  $1,0-1,9\%$ ) характерны расстройства внимания, резкое нарушение координации движений, расстройство речи, проявления аффектов гнева и ярости, иногда сонливость. Тяжелая степень опьянения (содержание алкоголя в крови  $2,0-2,9\%$ ) характеризуется расстройством вегетативных функций (рвота, обильное слюноотделение, увеличение диуреза), снижением болевой чувствительности, развитием коматозного состояния, которое может закончиться смертью от паралича дыхательного центра.

**ОРУЖИЕ ОГНЕСТРЕЛЬНОЕ РУЧНОЕ** — специально изготовленное (фабричным или кустарным способом) оружие, предназначенное для стрельбы различными снарядами посредством воспламенения пороха или других взрывчатых веществ. «Ношение, хранение, изготовление или сбыт огнестрельного оружия (кроме гладкоствольного охотничьего), боевых припасов или взрывчатых веществ без соответствующего разрешения — наказывается лишением свободы на срок до двух лет, или исправительными работами на срок до одного года или штрафом до ста рублей...» (ст. 218 УК РСФСР). Различают следующие группы ручного огнестрельного оружия: 1. Боевое (винтовки, карабины, пистолеты, револьверы, пистолеты-пулеметы (автоматы)). 2. Спортивное (тренировочное и целевое). 3. Охотничье (гладкоствольное, нарезное и комбинированное — пульно-дробовое). 4. Специальное (сигнальные, газовые пистолеты). 5. Самодельное.

**ОРУЖИЕ ХОЛОДНОЕ** — предметы и средства, специально предназначенные или изготовленные для причинения повреждений при защите или нападениях. «...ношение, изготовление или сбыт пинжалов, финских ножей или иного холодного оружия без соответствующего разрешения, за исключением тех местностей, где ношение холодного оружия является при-



надлежностью национального костюма или связано с охотничьим промыслом, — наказывается лишением свободы на срок до одного года или исправительными работами на тот же срок, или штрафом до тридцати рублей» (ст. 218, ч. II УК РСФСР). Общим признаком, отличающим все виды холодного оружия от огнестрельного (см.) является то, что поражающее действие холодного оружия на тело человека достигается непосредственным воздействием специально подготовленной поверхности оружия. Холодное оружие подразделяется на клинковое (острое) и ударно-раздробляющее (тупое). Клинковое, в свою очередь, подразделяется на оружие с длинным клинком (мечи, шашки, палаши, сабли, ятаганы, шпаги) и оружие с коротким клинком (стилеты, кортики, кинжалы, ножи, штыки). К ударно-раздробляющему относятся булавы, шестоперы (перначи), кистени. Кроме того, может быть и комбинированное холодное оружие, сочетающее в себе несколько различных видов (кинжал и пистолет, нож и кастет и т. п.). По способу изготовления все холодное оружие делится на заводское и самодельное.

**ОТРАВЛЕНИЕ** — расстройство здоровья или смерть, вызванная действием ядовитых веществ.

## П

**ПАДЕНИЕ С ВЫСОТЫ И ПОВРЕЖДЕНИЯ ПРИ НИХ** — один из видов повреждений тупыми предметами, при котором тело человека движется (падает), а повреждающий предмет остается неподвижным. Падение с высоты чаще всего — несчастный случай, редко — самоубийство и еще реже — убийство. Различают: 1. Прямое падение (непосредственное падение с высоты на какую-либо поверхность). 2. Ступенчатое или последовательное падение (с ударом или ударами о какие-либо предметы по пути падения тела, располагающиеся на различной высоте). 3. Свободное (самостоятельное) падение тела. 4. Несвободное падение тела (вместе с каким-либо предметом, например: с автомобилем).

Характер повреждений, возникающих при падении с высоты, и их обширность зависят от высоты падения, веса тела, особенностей поверхности, о которую ударяется тело, а также от того, какой областью тело ударяется с поверхностью.

Своеобразными для свободного прямого падения с высоты являются повреждения, возникающие от непосредственного удара и сотрясения тела: а) расположение повреждений на одной стороне тела; б) преобладание повреждений внутренних органов над повреждениями наружных покровов тела; в) особенности переломов костей. При падении на ноги: симметричные переломы пяточных костей, вколоченные переломы костей голени, переломы ребер у мест прикрепления их к позвоночнику, круговой перелом костей основания черепа вокруг затылочного отверстия. При падении на голову характерны компрессионные переломы позвоночника преимущественно в шейном отделе, оскольчатые переломы костей свода и основания черепа. Результатом резкого сотрясения тела в момент удара при падении с высоты являются кровоизлияния в паравертебральной, окопочечной, забрюшинной клетчатке, в области корней легких, в связочный аппарат, надрывы и разрывы корней легких, печени, селезенки и по ходу аорты.

**ПАДЕНИЕ С ВЫСОТЫ СОБСТВЕННОГО РОСТА** — падение на плоскости — разновидность падения с высоты. Для этого вида травмы тупыми предметами характерны переломы костей верхних и нижних конечностей.



сотрясения и ушибы головного мозга, переломы костей свода и основания черепа (чаще — трещины затылочной или височной костей). Повреждения от сотрясения тела, как правило, отсутствуют.

**ПАЛЬТАУФА ПЯТНА** — один из достоверных признаков утопления в воде, описанный **ПАЛЬТАУФОМ** в 1888 году; довольно крупные, с нечеткими контурами подплевральные кровоизлияния. До Пальтауфа этот признак был описан **И. РАССКАЗОВЫМ** в 1860 году и **Ю. ЛУКОМСКИМ** в 1869 году, вследствие чего этот признак носит название пятен **РАССКАЗОВА—ЛУКОМСКОГО—ПАЛЬТАУФА**. Образование кровоизлияний связывают с повышением давления в капиллярах и разрывом последних в процессе утопления.

**ПАТОГЕНЕЗ** (от греч. pathos — страдание, болезнь и genesis — рождение, происхождение) — механизм возникновения и развития заболевания. Учение о патогенезе рассматривает морфо-физиологические процессы, на основе которых развивается заболевание. Патогенез тесно связан с клиникой, он дает ей теоретическое обоснование течения болезни и ее симптоматики. В отличие от этиологии, рассматривающей причины и условия возникновения болезни, патогенез раскрывает механизм ее возникновения и развития.

**ПАТРОН** — соединение в одном целом, с помощью гильзы, (см.), капсуля, заряда пороха и снаряда (пули или дроби) для ручного огнестрельного оружия.

**ПЕДЕРАСТИЯ** (см. мужеложство).

**ПЕРГАМЕНТНЫЕ ПЯТНА** — участки кожи, подвергающиеся посмертному повреждению эпидермиса и высыханию — плотные на ощупь, имеют бурый, буро-коричневый цвет. По внешнему виду могут напоминать прижизненные осаднения кожи, но в отличие от них не сопровождаются кровоизлияниями в толщу кожи и подкожную клетчатку, на них не образуются корочки.

**ПЕТЛЯ** — орудие повешения или удушения петлей (см.), которое при этих видах механической асфиксии сдавливает шею. При повешении один конец петли укрепляется неподвижно, и петля сдавливает шею тяжестью собственного тела. При удушении петлей последняя затягивается вокруг шеи посторонней силой (чаще всего — руками постороннего лица). По устройству петли делятся на скользящие и неподвижные. В зависимости от материала, из которого изготовлена петля, различают жесткие, полужесткие и мягкие петли. По числу оборотов вокруг шеи петли могут быть одиночными, двойными, тройными и множественными. Важное судебно-медицинское и криминалистическое значение имеет узел петли. При повешении узел может располагаться либо на задней поверхности шеи («типичное» положение петли), либо на передней или боковых поверхностях шеи («атипичное» положение петли). Петля является важным вещественным доказательством, ее особенности должны быть подробно описаны в протоколе осмотра трупа на месте его обнаружения, а сама петля — сохранена до окончания следствия по делу или рассмотрения дела в суде.

**ПИЩЕВОЕ ОТРАВЛЕНИЕ** — расстройство здоровья или смерть, связанные с приемом пищи и развивающиеся вскоре после него. По происхождению различают пищевые отравления бактериальные и небактериальные. Первые связаны с загрязнением пищи бактериями. При пищевых интоксикациях в организм попадает большое количество живых микробов, которые затем распадаются и выделяют эндотоксины, вызывающие отравления (например, ботулизм). При токсикоинфекциях бактерии, попадая с пищей в организм, быстро размножаются и отравляют своими ток-



синами. Чаще всего в качестве возбудителей токсикоинфекций фигурируют микробы паратифозной группы (сальмонеллы). Пищевые отравления небактериального происхождения вызываются ядовитыми продуктами или ядовитыми примесями к пищевым продуктам. Ядовитые продукты могут быть растительного происхождения (например, ядовитые грибы: строчки, бледная поганка, мухоморы и др.) и животного происхождения (некоторые рыбы, моллюски, железы внутренней секреции убойного скота). Ядовитые примеси к пищевым продуктам могут быть растительного происхождения (семена сорняков, загрязняющих злаки, например, спорынья), или иметь химическую природу (тяжелые металлы, ФОС, органические соединения ртути и др.).

**ПЛАНКТОН** (от греч. planktos — блуждающий) — совокупность взвешенных в воде мелких организмов растительного и животного происхождения. В состав планктона входят бактерии (бактериопланктон), растения (фитопланктон) и животные (зоопланктон). Основную массу фитопланктона составляют водоросли, в частности, диатомовые (см.). В судебную медицинскую практику вошли исследования для нахождения в трупах лиц, извлеченных из воды, элементов диатомового планктона. Доказательное значение для диагностики утопления имеет обнаружение десятков и сотен панцирей диатомовых водорослей во внутренних органах (кроме легких), в головном мозгу, костном мозгу длинных трубчатых костей, содержимом пазухи основной кости. Особое значение указанный метод приобретает при исследовании гнило-измененных трупов.

**ПЛЕВА ДЕВСТВЕННАЯ** или гимен (от греч. hymen — пленка, оболочка) — образование, расположенное у входа во влагалище между преддверием и полостью его, ограниченное спереди отверстием мочеиспускательного канала, сзади — ладьевидной ямкой. Покрыта слизистой оболочкой из плоского эпителия, между которым заключен соединительнотканый остов, являющийся продолжением подслизистого слоя влагалища и включающий эластические и мышечные волокна, сосуды и нервные окончания. Это обеспечивает тургор, эластичность и чувствительность девственной плевы, а наличие сосудов — кровотечение при повреждениях. При первом половом сношении девственная плева, как правило, разрывается («дефлорация», см.) Форма девственной плевы может быть различной. Наиболее часто встречаются кольцевидные, полулунные, трубчатые, воронкообразные, губовидные, килевидные, валикообразные и подковообразные формы девственной плевы. Разрывы девственной плевы заживают вторичным натяжением, края разрывов не срастаются. Средние сроки заживления краев разрывов 8—12 дней, после этого срока определение давности разрыва становится невозможным. При родах девственная плева подвергается разрушению, сохраняются лишь отдельные ее фрагменты, имеющие вид миртовидных сосочков.

**ПОБОИ** — множественные удары тупыми предметами. Умышленное нанесение побоев предусмотрено ст. 112 УК РСФСР. Систематическое нанесение побоев рассматривается ст. 113 УК РСФСР как истязание (см.). В задачу судебно-медицинского эксперта входит установление повреждений, явившихся результатом побоев (ссадин, кровоподтеков, ушибов и т. п.), степени их тяжести, давности, одновременности или разновременности причинения их. Установление же факта побоев и их систематичности входит в компетенцию следствия и суда.

**ПОВЕШЕНИЕ** — вид механической — strangulationной асфиксии — сдавление шеи петлей под тяжестью тела или части его. Различают полное повешение, когда петля затягивается тяжестью всего тела и последнее висит в воздухе, и неполное повешение, когда тело касается поверхности



пола или земли ногами, ягодицами, спиной. Повешение может совершиться в скользящей или неподвижной петле (см.). Генез смерти при повешении: при типичном положении узла (на шее сзади) корень языка оттесняется кзади и кверху, прижимается к задней стенке глотки и закрывает просвет гортани. При боковом положении узла корень языка оттесняется кзади и в сторону и также закрывает просвет верхних дыхательных путей. При переднем положении узла петли дыхательные пути полностью могут не перекрываться, что однако не предупреждает развития асфиксии. Петля сдавливает сосуды шеи, вследствие чего возникают резкий венозный застой в головном мозгу и острое кислородное голодание его. В течение первой минуты повешения теряется сознание. Нервы шеи сдавливаются петлей, что также оказывает свое отрицательное действие на течение асфиксии и при наличии заболеваний сердца может привести к его рефлекторной остановке. В типичных случаях повешения наблюдаются все стадии прижизненного течения асфиксии (см.). Смерть наступает в течение 4—6 минут. При исследовании трупа обнаруживаются общие признаки асфиксии и признаки, характерные для повешения: странгуляционная борозда на шее (см.), имеющая косовосходящее направление, располагающаяся спереди на уровне или выше щитовидного хряща, часто незамкнутая; мелкоточечные кровоизлияния в конъюнктиве глаз, кровоизлияния в мышцы шеи, иногда переломы рожков подъязычной кости и хрящей гортани, надрывы интимы общей сонной артерии (признак Амюсса — см.). В подавляющем большинстве случаев повешение является самоубийством, но могут встречаться и несчастные случаи, и убийства, а также симуляция самоубийства путем повешения трупа человека, умерщвленного другим способом. Поэтому в задачу судебно-медицинского эксперта, кроме решения вопросов о причине смерти, характере телесных повреждений и др., входит установление прижизненности странгуляционной борозды.

**ПОВРЕЖДЕНИЕ** телесное — под телесным повреждением, по уголовному праву, понимается противоправное умышленное или неосторожное причинение вреда здоровью другого человека путем нарушения анатомической целостности или физиологической функции тканей или органов тела. «Правила определения степени тяжести телесных повреждений», действующие в РСФСР (см.), характеризуют телесное повреждение как причинение вреда здоровью, выразившееся в нарушении анатомической целостности или физиологической функции тканей и органов воздействием факторов внешней среды. Телесные повреждения могут иметь различную тяжесть. УК РСФСР предусматривает три степени тяжести телесных повреждений: тяжкие (ст. 108 УК РСФСР), менее тяжкие (ст. 109 УК РСФСР) и легкие (ст. 112 УК РСФСР).

Телесные повреждения квалифицируются как тяжкие, если они опасны для жизни (в момент нанесения) или повлекли за собой один из следующих исходов: потерю зрения, слуха или какого-либо органа, либо утрату органом его функций, душевную болезнь или иное расстройство здоровья, соединенное со стойкой утратой трудоспособности не менее чем на одну треть, или повлекшие прерывание беременности, либо выразившееся в нестерпимом обезображении лица (см.).

К менее тяжким телесным повреждениям закон относит неопасные для жизни повреждения, вызвавшие длительное (не менее 28 дней) расстройство здоровья или значительную стойкую утрату трудоспособности, менее чем на одну треть (от 15 до 33%).

К легким телесным повреждениям относятся повреждения, повлекшие за собой кратковременное (от 7 до 28 дней) расстройство здоровья или незначительную (от 5 до 15%) стойкую утрату трудоспособности, либо не



повлекшие кратковременного расстройства здоровья или незначительной стойкой утраты трудоспособности.

При установлении степени тяжести телесных повреждений судебно-медицинские эксперты обязаны руководствоваться указаниями закона (УК) и «Правилами по определению степени тяжести телесных повреждений» (см.).

**ПОВРЕЖДЕНИЯ ОТ ОГНЕСТРЕЛЬНОГО ОРУЖИЯ** — см. «Огнестрельные повреждения».

**ПОВРЕЖДЕНИЯ ПРИЖИЗНЕННЫЕ** — имеют отличительные особенности, заключающиеся в: 1. Зиянии ран вследствие сокращения тканей; 2. Наличии кровотечения; 3. Воспалительной реакции; 4. Жировой и воздушной эмболиях; 5. Признаках регенерации тканей и заживлении ран.

**ПОВРЕЖДЕНИЯ ТУПЫМИ ПРЕДМЕТАМИ** — составляют основную массу телесных повреждений. Тупые или тупогранные предметы чрезвычайно разнообразны, однако повреждения, причиняемые ими, имеют целый ряд своеобразных, присущих только им особенностей, зависящих как от характера тупых и тупогранных предметов, так и от механизма их действия и повреждаемой части тела.

Механизм действия тупых предметов на тело человека сводится, в основном, к удару, сотрясению, сдавлению, растяжению и трению.

От действия тупых предметов возникают следующие повреждения: ссадины (см.), кровоподтеки (см.), ушибленные, рваные, ушибленно-рваные, укушенные, скальпированные раны (см. «Раны от тупых предметов»), вывихи и растяжения, разрывы органов, размятие и отделение частей тела.

**ПОЗА «БОКСЕРА»** — своеобразное положение тела и конечностей обгоревших трупов: фиксация конечностей в согнутом положении, напоминающем позу боксера или борца. Под действием высокой температуры испаряется влага из тканей и свертывается белок, что приводит к уплотнению и укорочению мышц. Поза «боксера» не является доказательством прижизненного сгорания, ибо подобное явление может возникнуть и в результате обгорания трупа человека, умершего от различных причин.

**ПОСЛОВАЯ ЗРЕЛОСТЬ** — (см. «Зрелость половая»).

**ПОЛОВЫЕ ПРЕСТУПЛЕНИЯ** — предусмотренные уголовным законом общественно опасные деяния, посягающие на половую неприкосновенность женщины, условия нравственного или физического формирования несовершеннолетних, либо на существующий в социалистическом строе уклад половых отношений. Ответственность за половые преступления предусмотрена ст. 117—121 УК РСФСР и соответствующими статьями УК Союзных республик. К половым преступлениям относятся: изнасилование (см.), понуждение женщины к вступлению в половую связь или к удовлетворению половой страсти в иной форме (ст. 118 УК РСФСР), половое сношение с лицом, не достигшим половой зрелости (ст. 119 УК РСФСР), развратные действия (см.), мужеложство (см.).

**ПОЛОВЫЕ СОСТОЯНИЯ СПОРНЫЕ** — вопросы, связанные с отправлением пола, которые приходится решать судебно-медицинскому эксперту по делам о половых преступлениях (см.). К таким вопросам относятся: 1. Установление истинного пола; 2. Установление половой зрелости; 3. Установление способности к половому сношению и оплодотворению у мужчин; 4. Установление способности к половому сношению и зачатию у женщин; 5. Установление беременности, родов, аборта.

**ПОРОХ** (от древнеславянского «прах» — пыль) — взрывчатое вещество, которым снаряжаются патроны к огнестрельному оружию для прида-



ния снаряду (пуле, дроби) движения. В настоящее время применяются три вида пороха: дымный (черный), бездымный (коллоидный) и малодымный («лесмок»). Дымный порох представляет собой механическую смесь калиевой селитры, древесного угля и серы. Бездымный порох — нитроклетчатка, обработанная азотной кислотой и переведенная в коллоидное состояние, с последующим графитированием зерен и добавлением жировых веществ (флегматизация). Малодымный порох является смесью 20—40% пироксилина и 60—80% мякоти дымного пороха.

**ПОРОХОВЫЕ ГАЗЫ** — газы, образующиеся при воспламенении и горении пороха при выстреле из огнестрельного оружия. В ограниченном пространстве патронника и канала ствола оружия газы находятся под большим давлением (1000—2900 атм.), что и сообщает снаряду большую начальную скорость (300—800 м/сек.). Пороховые газы, имеющие высокую температуру, вырываются под большим давлением и со значительной скоростью из канала ствола оружия вслед за пулей. Если поражаемые объекты (одежда, часть тела) находятся на небольшом (до 5—10 см) расстоянии от дульного среза оружия, то пороховые газы, действуя на них, могут причинить значительные разрушения. Различают три вида действия пороховых газов: 1. Механическое, заключающееся в разрыве краев огнестрельной раны, отслолке кожных краев, расслоении тканей по ходу раневого канала, разрывах внутренних органов. Выраженность механического действия пороховых газов зависит от вида пороха, количества его, длины ствола оружия, расстояния от дульного среза до поражаемого объекта, а также от характера поражаемых тканей. Это действие проявляется на расстояниях от 0 до 5—8—10 см. 2. Химическое действие: при сгорании пороха образуется значительное количество окиси углерода, которая может вступить в соединение с гемоглобином крови и образовать COHb, что придает излившейся в области повреждения крови ярко-красный цвет. 3. Термическое действие, выражающееся в опалении ворса тканей одежды и волос тела, в возможном возникновении ожогов кожи (при снаряжении патронов дымным порохом).

**ПРАВИЛА ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ТЕЛЕСНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ** — ведомственные указания, издаваемые Министерством здравоохранения Союзных республик (по согласованию с Министерством юстиции, Верховными Судами, Прокуратурой и МВД союзных республик), которыми обязаны пользоваться и руководствоваться судебно-медицинские эксперты при проведении экспертиз для определения степени тяжести телесных повреждений.

Требования и указания, содержащиеся в «Правилах», обязательны также и для работников органов следствия и суда.

«Правила определения степени тяжести телесных повреждений, предусмотренных уголовным кодексом РСФСР 1960 г.», введены в действие с 4 апреля 1961 года. Они состоят из 5 частей: 1. Общая часть, в которой даны основополагающие критерии для оценки тяжести телесных повреждений. 2. Квалификация телесных повреждений по их тяжести. Подробно рассмотрены и оценены все критерии тяжести повреждений по степени их опасности для жизни и вреда здоровью (исходы и последствия телесных повреждений). В этом же разделе даются указания по использованию критериев для оценки степени тяжести телесных повреждений (тяжких, менее тяжелых и легких). 3. Методика проведения судебно-медицинских экспертиз по поводу определения степени тяжести телесных повреждений. 4. Заключение судебно-медицинского эксперта. Формулируются требования, которые должен соблюдать эксперт при составлении заключения о характере, давности, механизме возникновения телесных повреждений.



и степени их тяжести. 5. Действия судебно-медицинского эксперта при невозможности дачи заключения (в случаях наличия неопасных для жизни повреждений с неопределившимся исходом). В приложении к «Правилам» даются примерные формулировки заключения эксперта по определению степени тяжести телесных повреждений.

**ПРАВИЛА СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ** — регламентируют организацию и производство этого вида экспертиз. Изданы Главным судебно-медицинским экспертом МЗ СССР в 1966 г., утверждены Министерством здравоохранения СССР 7.01.66 г., согласованы с Верховным Судом СССР и Прокуратурой СССР.

«Правила» состоят из общей и специальной частей. В общей части предусмотрены случаи, в которых производится акушерско-гинекологическая экспертиза, порядок составления и оформления судебно-медицинской документации. В специальной части даются методические и инструктивные указания по проведению экспертиз установления половой зрелости, установления нарушения девственности, признаков, характеризующих совершение насильственного полового акта, развратных действий, установления способности к совокуплению и зачатию, беременности и бывших родов, установления связи прерывания беременности с травмой, искусственного прерывания беременности, а также экспертиз установления пола и состояния половых органов в случаях определения степени стойкой утраты трудоспособности или пригодности женщин к физическому труду.

**ПРАВИЛА СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ТРУПА** — ведомственные указания, обязательные для всех судебно-медицинских экспертов СССР при проведении судебно-медицинских исследований трупов. Действуют с 19 декабря 1928 года. В «Правилах» даются подробные указания и рекомендации по методике и технике исследования трупа при насильственной и ненасильственной смерти, по изъятию и сохранению органов для дополнительных исследований и по описанию всех обнаруженных изменений, повреждений и патологических процессов в акте исследования (заключении эксперта).

**ПРЕСТУПЛЕНИЕ** — предусмотренное особенной частью уголовного кодекса общественно опасное деяние (действие или бездействие), посягающее на советский общественный или государственный строй, социалистическую систему хозяйства, социалистическую собственность, личность, политические, трудовые, имущественные и другие права граждан, а также иное, посягающее на социалистический правопорядок общественно опасное деяние, предусмотренное особенной частью уголовного кодекса (ст. 7 УК РСФСР). Составными частями преступления являются: 1. Объект преступления (то, против чего было направлено преступное деяние). 2. Субъект преступления (лицо, совершившее преступное деяние). 3. Объективная сторона преступления (способ действия преступника, последствия, причинная связь между действиями и последствиями, время и место действия и др.). 4. Субъективная сторона преступления (мотивы и намерения преступника, наличие умысла или неосторожности). Совокупность этих признаков образует состав преступления.

**ПРЕСТУПЛЕНИЯ ПРОТИВ ЛИЧНОСТИ** — общественно опасные и противоправные деяния, направленные против жизни, здоровья, свободы, половой неприкосновенности, чести и достоинства человека. Преступления против личности подразделяются на: 1. Преступления против жизни — умышленные убийства (ст. 102—105 УК РСФСР), неосторожное убийство (ст. 106 УК РСФСР), доведение до самоубийства (ст. 107 УК РСФСР). 2. Преступления против здоровья: умышленные тяжкие, менее тяжкие



и легкие телесные повреждения (ст. 108—112 УК РСФСР), истязания (ст. 113 УК РСФСР), неосторожное тяжкое или менее тяжкое телесное повреждение (ст. 114 УК РСФСР), заражение венерической болезнью (ст. 115 УК РСФСР). 3. Половые преступления (см.). 4. Преступления, опасные для жизни и здоровья: злостное уклонение от уплаты алиментов или от содержания детей (ст. 122 УК РСФСР), злостное уклонение от оказания помощи родителям (ст. 123 УК РСФСР), злоупотребление опекунами обязанностями (ст. 124 УК РСФСР), оставление в опасности и неоказание помощи больному (ст. 127, 128 УК РСФСР), неоказание капитаном судна помощи терпящим бедствие (ст. 129 УК РСФСР). 5. Преступления против свободы: похищение или подмена ребенка (ст. 125 УК РСФСР). 6. Преступления против чести и достоинства личности: клевета (ст. 130 УК РСФСР), оскорбление (ст. 131 УК РСФСР).

**ПРЕЦИПИТАЦИЯ** (от лат. praecipitatio — осаждение вниз) — иммунологическая реакция осаждения комплекса антигена с антителами, происходящая при смешивании растворов антигена и антител с выпадением осадка (преципитата). Реакция преципитации применяется в лабораторной судебно-медицинской практике при исследовании вещественных доказательств для установления видовой принадлежности крови, частей тканей человека и животных.

**«ПРИСЫПАНИЕ»** — вид механической асфиксии от закрытия отверстий носа и рта у детей раннего грудного возраста, наступающей во время кормления ребенка грудью, когда грудная железа матери закрывает лицо ребенка. По роду смерти является несчастным случаем.

**ПРИСЯГА ВРАЧА СОВЕТСКОГО СОЮЗА** — в соответствии со ст. 13 «Основ законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении» граждане СССР, окончившие высшие учебные заведения и получившие звание врача, приносят присягу врача Советского Союза. Текст присяги утвержден Президиумом Верховного Совета СССР 26 марта 1971 года: «Получая высокое звание врача и приступая к врачебной деятельности, я торжественно клянусь:

Все знания и силы посвятить охране и улучшению здоровья человека, лечению и предупреждению заболеваний, добросовестно трудиться там, где этого требуют интересы общества;

Быть всегда готовым оказать медицинскую помощь, внимательно и заботливо относиться к больному, хранить врачебную тайну, постоянно совершенствовать свои медицинские познания и врачебное мастерство, способствовать своим трудом развитию медицинской науки и практики;

Обращаться, если этого требуют интересы больного, за советом к товарищам по профессии и самому никогда не отказывать им в совете и помощи;

Беречь и развивать благородные традиции отечественной медицины, во всех своих действиях руководствоваться принципами коммунистической морали, всегда помнить о высоком призвании врача, об ответственности перед народом и Советским государством.

Верность этой присяге клянусь пронести через всю свою жизнь».

**ПРИЧИНА СМЕРТИ** — болезни, патологические состояния и травмы, которые привели к смерти. Различают: 1. Основную причину смерти (по терминологии ВОЗ — «начальную») и 2. Непосредственную причину смерти. Основной причиной смерти называется болезнь или травма, вызвавшая последовательность болезненных процессов, непосредственно приведших к смерти. При заболеваниях в качестве основной причины смерти должна указываться определенная нозологическая единица. Непосредственной причиной смерти могут быть заболевания или патологические со-



стояния, вызванные или явившиеся следствием основной причины смерти, (в том числе и осложнения основного заболевания или травмы) и приведшие к расстройствам, несовместимым с жизнью. При заполнении судебного медицинского экспертом, прозектором или лечащим врачом свидетельства о смерти указываются: основная причина смерти (пункт I «б, в»), ближайшая причина смерти (пункт I «а»), а также другие важные заболевания, способствовавшие наступлению смертельного исхода, но не связанные с основным заболеванием и его осложнениями («сопутствующие заболевания» — пункт II).

**ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ БОЛЕЗНИ** — болезни или патологические состояния, в происхождении которых основную роль играют условия профессиональной деятельности или характер рабочего процесса (профессиональные вредности). Принято выделять специфические профессиональные заболевания (такие, в развитии которых производственные условия играют ведущую роль, например пневмокониозы) и неспецифические, т. е. такие, которые могут возникать от разных причин, но под влиянием определенной профессии встречаются гораздо чаще.

**ПЫЖ** — часть патрона к дробовому ружью. Представляет собой прокладку между порохом и дробью (пороховой пыж), а также прокладку, накладываемую сверху на дробь и удерживающую ее в патроне до выстрела (дробовой пыж). Пороховые пыжи изготавливаются из войлока, дробовые — из картона или прсбки. При кустарном снаряжении патронов пыжи нередко изготавливаются и из других материалов (бумаги, целлулоида и т. п.).

## Р

**РАЗВРАТНЫЕ ДЕЙСТВИЯ** — совершение мужчиной или женщиной действий, направленных на удовлетворение половой страсти в извращенной форме по отношению к несовершеннолетним. Этот вид полового преступления предусмотрен ст. 120 УК РСФСР. В задачу судебно-медицинского эксперта при проведении экспертиз по делам о развратных действиях входит установление изменений наружных половых органов у пострадавших (раздражение слизистой, поверхностные повреждения девственной плевы, слизистой входа во влагалище, эскориации и т. п.). В заключение эксперт должен высказать также свое мнение о характере, давности и происхождении этих повреждений или изменений.

**РАНА** — механическое повреждение всей толщи кожи или слизистой, а также подлежащих тканей и органов.

**РАНЫ КОЛОТЫЕ** — повреждения кожи и глубже лежащих тканей и органов от действия колющих срудий. Механизм образования ран: острый конец орудия разрезает или разрывает кожу, а клинок раздвигает или разрывает подлежащие ткани. Колотые раны имеют входное отверстие и отходящий от него раневсй канал, иногда — и выходное отверстие (сквозные ранения). Форма входного отверстия зависит от формы поперечного сечения клинка колющего орудия. Края раны — ровные и гладкие, могут быть слегка осаднены. По ходу раневого канала могут повреждаться плоские кости, дефект в них довольно точно отражает форму поперечного сечения орудия. Наружное кровотечение из ран незначительное; при ранении внутренних органов (печень, селезенка и др.) может наблюдаться значительное внутреннее кровотечение.

**РАНЫ КОЛОТО-РЕЗАННЫЕ** — повреждения кожи и глубже лежащих тканей и органов от действия колюще-режущих орудий. Состоят из входного отверстия и отходящего от него раневого канала, иногда имеют и



выходное отверстие (при сквозных ранениях). Форма ран веретенообразная, щелевидная, дугообразная или угловатая. Края ран обычно ровные и гладкие, иногда могут быть слегка осаднены. Концы ран либо острые, либо один острый, другой П-образный или закругленный (при действии орудия с односторонней заточкой клинка и обушком). Стенки раневого канала ровные и гладкие. Могут наблюдаться повреждения плоских костей, причем они довольно точно отображают поперечное сечение клинка орудия на глубине его погружения в кость.

**РАНЫ РЕЗАНЫЕ** — повреждения кожи и глубжележащих тканей, причиненные режущими орудиями, в результате давления лезвия орудия на поверхность тела с одновременным движением (протягиванием) орудия. Особенности резаных ран являются: линейная форма ран, их направление, преобладание длины ран над их глубиной и шириной, острые концы ран, ровные и гладкие края и стенки, обильное наружное кровотечение.

**РАНЫ РУБЛЕННЫЕ** — повреждения кожи и глубжележащих тканей (в том числе и костей) рубящими орудиями. Признаки рубленых ран: прямолинейное направление, ровные, иногда слегка осадненные края, ровные стенки раневого канала, острые (при ударе лезвием) концы ран, или один конец острый, а другой П-образный или закругленный (при ударе носком или пяткой); наличие повреждений костей в виде щелей, оскольчатых повреждений или насечек (надрубов).

**РАНЫ ОТ ТУПЫХ ПРЕДМЕТОВ** — повреждения, захватывающие всю толщу кожи или слизистой и глубжележащие ткани, причиненные тупыми предметами. Различают ушибленные, рваные, ушибленно-рваные, укушенные, лоскутные (скальпированные) раны. Механизм образования ран: удар, сдавление, растяжение и трение. Раны, причиненные тупыми предметами, характеризуются неровными, часто осадненными или разможенными пропитанными кровью краями, неровным дном, наличием перемычек между краями ран, малой кровоточивостью. Как правило, раны от тупых предметов заживают вторичным натяжением.

**РАНЕВОЙ КАНАЛ** — след движения ранящего предмета (например: колющего, колюще-режущего, рубящего орудий, огнестрельного снаряда) в тканях и органах тела, начинающийся раной кожи. Особенности раневого канала зависят от характера ранящего предмета и морфологического строения повреждаемых тканей и органов. При действии колющих и колюще-режущих орудий в раневом канале могут отображаться некоторые особенности формы и строения клинков этих орудий. Особенности раневого канала должны детально изучаться и описываться экспертом.

**РАССКАЗОВА—ЛУКОМСКОГО—ПАЛЬТАУФА ПЯТНА** — см. Пальтауфа пятна.

**РАСЧЛЕНЕНИЕ ТРУПА** — может производиться с целью сокрытия преступления (убийства). Иногда при этом части расчлененного трупа прячут в различных местах (водоемы, болота, уборные) или хоронят. Судебно-медицинское исследование частей расчлененного трупа является сложным и имеет свои особенности, связанные с разновременностью обнаружения частей расчлененного трупа, их гнилостными изменениями, а также с задачами, стоящими перед судебно-медицинским экспертом. В поданных случаях необходимо разрешить следующие основные вопросы: 1. Принадлежат ли обнаруженные части трупа человеку или животному? 2. Принадлежат ли части человеческого тела одному трупу или нескольким? 3. Каковы пол, возраст (примерный) и рост человека, которому принадлежат части расчлененного трупа? 4. Какова давность расчленения трупа? 5. Какова причина смерти? 6. Какова давность наступления смерти? 7. Каким способом и орудием произведено расчленение трупа? 8. Ка-



кими заболеваниями страдал умерший? 9. Имеются ли следы хирургических вмешательств, какова давность их? 10. Имеются ли на трупе какие-либо другие индивидуальные особенности и признаки, которые могли бы быть использованы для идентификации личности?

**РЕАНИМАЦИЯ** (от лат. *re* — вновь, *animatio* — оживление) — комплекс мероприятий и методов лечения терминальных состояний и их профилактики. Нередко реанимационные мероприятия проводятся в случаях внезапно возникающих опасных для жизни состояний или клинической смерти (механическая асфиксия, отравления, электротравмы и пр.). При реанимации могут возникать различные повреждения, сопровождающиеся выраженными кровоизлияниями и затрудняющие правильную экспертную оценку существа данного конкретного случая. Так, при искусственном дыхании ручным способом и при непрямом массаже сердца могут возникать переломы ребер, иногда множественные, переломы грудины и повреждения легочной ткани их отломками. При искусственном дыхании с помощью аппаратов типа РПА-2 и ДП-2 могут образовыватьсяссадины и кровоподтеки на лице, что, при незнании экспертом обстоятельств дела может привести к неправильным выводам.

Применяемые при реанимации различные лекарственные препараты, массивные переливания крови и кровезамещающих препаратов, кислорода — могут вызывать морфологические изменения во внутренних органах, затрудняющие судебно-медицинскую диагностику и оценку результатов судебно-медицинского и судебно-химического исследований. Для правильной оценки последствий реанимации и решения вопросов танатогенеза и причины смерти, судебно-медицинский эксперт должен быть информирован о времени, характере и объеме реанимационных мероприятий, проводившихся в каждом конкретном случае. В судебно-медицинском диагнозе рекомендуется выделять повреждения при реанимации (как сопутствующие повреждения).

**РЕЖУЩИЕ ОРУДИЯ** — имеют острое лезвие и небольшой вес (бритвы, столовые ножи). Механизм возникновения ран от действия режущих орудий заключается в давлении лезвия их на поверхность тела с одновременным протягиванием — движением орудия по поверхности (см. раны от режущих орудий).

**РЕКОНСТРУКЦИЯ ЛИЦА ТРУПА** — восстановление строения лица и его внешних черт. Включает в себя туалет, реставрацию и восстановление лица по черепу. Производится в случаях обнаружения резко гнилостно-измененных или скелетированных трупов неизвестных лиц для установления личности умершего человека.

**РИКОШЕТ ПУЛИ** — отражение пули от поверхности или преграды с продолжением ее полета по новой траектории. При рикошете происходит нарушение правильности полета пули и меньшая или большая деформация ее (вплоть до разрыва на несколько частей). Если рикошетирующая пуля попадает в человека, причиняемые ею раны могут резко отличаться от обычных пулевых ран (неправильной формы, большими размерами, наличием на коже следов металла или преграды, о которую ударилась пуля при рикошете), что может иногда привести к неправильным экспертным выводам о характере ранения или дистанции выстрела.

**РОДОВАЯ ОПУХОЛЬ** — отек подлежащей части плода, возникающий во время прохождения через родовые пути. На голове носит название головной опухоли (*caput succedaneum*). Если сжатие головы в родовых путях было достаточно интенсивным, то возникает кефалогематома — скопление крови между апоневрозом и костью. Особенностью кефалогематомы является локализация ее в пределах одной кости, что позволяет



отдифференцировать ее от травматического кровоизлияния. Родовая опухоль является одним из важнейших признаков новорожденности (см.).

**РОДЫ СТРЕМИТЕЛЬНЫЕ** — встречаются в 0,6—0,9% всех родов, обуславливаются, по-видимому, расстройством кортико-висцеральной и гормональной регуляции, приводящим к усилению тонуса и возбудимости матки, вследствие чего период изгнания плода резко сокращается (иногда до нескольких минут).

**РОСТ ЧЕЛОВЕКА** — определение — см. определение роста по костям.

**РУБЕЦ** — конечный исход воспалительного процесса, сопровождающегося потерей вещества при невозможности замещения этой потери физиологической тканью. В судебной медицине наибольшее значение имеют рубцы кожи. По рубцам можно распознать характер бывших патологических процессов (сифилис, туберкулез, оспа, фурункулез и др.), оперативных хирургических вмешательств, бытовых и боевых травм. Определение давности рубцов производится по их морфологическим особенностям (цвету, плотности, подвижности и др.). В своем развитии рубец проходит несколько стадий: эпителизация грануляционной ткани, набухание и покраснение рубца, размягчение рубца, уплотнение и побледнение рубца, занимающих до 4—6 месяцев.

**РУБЯЩИЕ ОРУДИЯ** — имеют острое лезвие и сравнительно большой вес (топоры, косари, шашки). Механизм действия рубящих орудий заключается в ударе лезвием и раздвигании поврежденных тканей клинком орудия (см. раны рубленые).

## С

**САДИЗМ** — вид полового извращения, присущего так называемым «сексуальным психопатам», проявляющегося в стремлении причинить боль своему партнеру. В более широком смысле это понятие трактуется иногда как страсть к жестокости, мучительству.

**САМООБОРОНА, НЕОБХОДИМАЯ ОБОРОНА** — правомерная защита личности от посягательства на жизнь или здоровье, путем причинения вреда нападающему. Правильная (с юридической точки зрения) оборона состоит в отражении насильственных действий нападающего путем причинения ему ответного вреда. Хотя действиями обороняющегося могут быть причинены нападающему телесные повреждения или даже смерть, эти действия не являются преступлением и не влекут за собой уголовной ответственности, если при этом не превышаются пределы необходимой обороны. Превышение пределов необходимой обороны имеется в тех случаях, когда устанавливается явное несоответствие между характером защиты и характером и интенсивностью нападения. При определении пределов необходимой обороны учитываются как степень и характер опасности, угрожавшей обороняющемуся, так и его силы и возможности по отражению нападения.

**САМОПЕРЕВАРИВАНИЕ** — аутолиз (от греч. autos — сам и lysis — растворение) — посмертный распад клеток и тканей организма под влиянием гидролитических ферментов, продолжающих свою деятельность в течение определенного времени после смерти.

**САМОПОВРЕЖДЕНИЕ** — вред здоровью, причиненный человеком самому себе. Самоповреждения могут носить случайный или умышленный характер. Умышленные самоповреждения причиняются либо с целью симуляции действий, причиненных другими людьми (разбойного нападения,



изнасилования), либо симуляции несчастного случая, покушения на самоубийство, либо с целью членовредительства (см.).

**САМОУБИЙСТВО** (suicidium — самоуничтожение) — юридическое понятие — умышленное, т. е. сознательное прекращение своей жизни. Самоубийство может совершаться активным путем (причинение механических повреждений, повешение, утопление, отравление и т. п.) и пассивно (например, голодание). Встречаются случаи самоубийства с помощью другого лица, парные самоубийства (самоубийства двух или нескольких лиц по договоренности), расширенные самоубийства (убийство с последующим самоубийством).

Доведение лица, находящегося в материальной или иной зависимости, до самоубийства или покушения на него путем жестокого обращения с потерпевшим или систематического унижения его личного достоинства, является преступлением, предусмотрено ст. 107 УК РСФСР и наказывается лишением свободы на срок до 5 лет.

**СДАВЛЕНИЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ И ЖИВОТА** — вид механической асфиксии, развивающейся при прекращении или значительном ограничении дыхательных движений в результате сдавления грудной клетки и живота тяжелыми предметами. Как правило, является несчастным случаем (при обвалах в шахтах и карьерах, сдавлении в толпе, придавливании транспортными средствами и т. п.). При вскрытии трупов лиц, погибших от этого вида асфиксии, кроме так называемых общих признаков асфиксии (см.) обнаруживаются кровоизлияния в слизистую верхних дыхательных путей, в кожу лица и шеи («экхимотическая маска»). Характерной особенностью этого вида асфиксии является резкий венозный застой в легких и так называемый «карминовый отек» их. При сдавлении грудной клетки и живота тупыми предметами могут наблюдаться переломы костей грудной клетки и повреждения внутренних органов их отломками.

**СЕКЦИЯ** (от лат. sectio — разрезание) — термин, которым иногда обозначают судебно-медицинское или патологоанатомическое исследование трупа.

**СЕКЦИОННЫЙ ЗАЛ** — помещение, в котором производятся судебно-медицинские и патологоанатомические исследования трупов. Секционный зал должен быть просторным, светлым, иметь хорошую принудительную вентиляцию, снабжен горячей и холодной водой, подведенной к столам, на которых производятся исследования, содержится в постоянной чистоте.

Оборудование и оснащение секционного зала: секционные столы (с подводкой воды и стоками для нее), шкафы для инструментария, посуды и спецодежды, холодильник (для хранения изъятых при вскрытии органов до отправления их в лабораторию), дезрастворы, столы, стулья.

Секционный зал иногда называют моргом (от фр. morgue — покойническая).

**СЕКЦИОННЫЙ НАБОР** — набор инструментов, необходимых для судебно-медицинского и патологоанатомического исследования трупа.

**СИМУЛЯЦИЯ** (от лат. simulatio — притворство, обман) — ложное изображение действительности.

**СИМУЛЯЦИЯ БОЛЕЗНЕЙ** — изображение несуществующего заболевания — притворная болезнь. Различают симуляцию сознательную (умышленную) и так называемую патологическую, представляющую собой защитное, целевое поведение, возникающее на патологической почве (при некоторых душевных болезнях, истерии). Встречаются две формы умышленной симуляции: без применения каких-либо средств, и с применением



тех или иных средств, не причиняющих вреда здоровью. В задачу эксперта при подозрении на симуляцию входит детальная проверка жалоб и состояния здоровья испытуемого путем тщательного и объективного клинического обследования.

**СЛЕД** — материальное отображение на каком-либо предмете признаков внешнего строения и других свойств объекта, имеющего устойчивые пространственные границы. В возникновении и формировании следа участвуют: образующий (повреждающий) и воспринимающий (повреждаемый) объекты. В трасологии (учении о следах, см.) различают следующие виды следов: 1. Статические (следы нажима или удара). 2. Динамические (следы скольжения, разреза, распила). 3. Объемные (сопровождающиеся деформацией следовоспринимающего объекта). 4. Поверхностные (без деформации следовоспринимающего объекта). Поверхностные следы могут быть следами наслоения (при наслоении на объект частиц следообразующего объекта или находящихся на нем посторонних веществ) или отслоения (при уносе следообразующим объектом посторонних частиц, находящихся на следовоспринимающем объекте).

**СЛЕДСТВИЕ СУДЕБНОЕ** — стадия судебного разбирательства, в которой суд, рассматривающий дело, исследует все обстоятельства его, проверяет имеющиеся по делу доказательства с тем, чтобы вынести свой приговор. Порядок судебного разбирательства и судебного следствия определен Основами уголовного судопроизводства в СССР и уголовно-процессуальными кодексами союзных республик.

**СЛОВЕСНЫЙ ПОРТРЕТ** — один из методов установления личности — описание по определенным правилам наиболее устойчивых признаков внешности человека посредством специальных терминов. Основное внимание при составлении словесного портрета уделяется описанию формы и особенностей головы и отдельных частей лица.

**СМЕРТЬ БИОЛОГИЧЕСКАЯ** — несобратимое прекращение жизнедеятельности организма, неизбежная конечная стадия индивидуального существования любой живой системы.

**СМЕРТЬ ВНЕЗАПНАЯ** — быстрая по темпу наступления (в течение нескольких секунд или минут) смерть, обусловленная, чаще всего, острым расстройством сердечной деятельности. Иногда термин «внезапная смерть» употребляют как синоним скоропостижной смерти, что едва ли правильно, поскольку понятие «скоропостижная смерть» (см.) является более широким.

**СМЕРТЬ КЛИНИЧЕСКАЯ** — см. терминальные состояния.

**СМЕРТЬ СКОРОПОСТИЖНАЯ** — быстро наступившая неожиданная для окружающих смерть среди кажущегося здоровья от скрыто или атипично протекавших заболеваний. Относится к категории ненасильственной смерти. Причиной скоропостижной смерти может быть, практически, любое заболевание, которое вообще приводит к смерти. Наиболее часто скоропостижная смерть вызывается заболеваниями сердечно-сосудистой системы: ишемическая болезнь сердца, атеросклероз, гипертоническая болезнь и их сочетание. Скоропостижная смерть наблюдается в любом возрасте, но наиболее часто — после 40—50 лет.

Быстрота и неожиданность наступления скоропостижной смерти делают ее подозрительной на насильственную, что и обуславливает необходимость судебно-медицинских исследований трупов в этих случаях. В генезе скоропостижной смерти определенную роль играют такие внешние факторы, как алкогольная интоксикация, физическое напряжение, психоэмоциональные напряжения, метеорологические факторы. При исследовании трупов скоропостижно умерших необходимо тщательное изучение



обстоятельств смерти (с обязательным анализом медицинских документов — амбулаторных карт, историй болезни), дополнение вскрытия трупа гистологическим, судебно-химическим, бактериологическим исследованиями. Задачи судебно-медицинской экспертизы скоропостижной смерти: исключение насильственной смерти; установление причины смерти и танатогенеза; глубокий анализ причин смерти и внешних факторов, влияющих на ее наступление, с целью выработки рекомендаций по профилактике скоропостижной смерти.

**СПЕКТР** (от лат. spectrum — видимое, видение) — цветная полоса, получаемая от разложения пучка света при прохождении его через призму. Различают сплошной спектр (имеющий непрерывный переход цветов от одного к другому); полосатый (состоящий из отдельных разграниченных цветных полос); линейный (состоящий из отдельных линий); эмиссионный (спектр излучения, состоящий из отдельных ярких линий, соответствующих определенным химическим элементам).

**СПЕКТРОГРАФИЯ** (от лат. spectrum — видимое, видение и греч. graphen — записывать) — запись, фотография спектра с помощью специального прибора — спектрографа.

**СПЕКТРАЛЬНЫЕ ЭМИССИОННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ** — используются при изучении огнестрельных повреждений, электротравмы, отравлений, повреждений тупыми и острыми предметами. В последние годы большое внимание уделяется изучению методов эмиссионного спектрального анализа макро- и микроэлементов и их изменениям в организме под влиянием различных физиологических и патологических состояний.

**СПЕРМА** (от греч. sperma — семя) — мужская семенная жидкость, представляющая собой смесь секретов яичек и их придатков, семенных пузырьков, предстательной железы, желез Купера и Литтре. В нормальной свежей сперме различают: сперматозоиды, клетки яичек, плоского и цилиндрического эпителия, лейкоциты, лецитиновые зерна, простатические зерна, амилоидные слоистые тельца. Судебно-медицинское исследование спермы и образованных ею пятен имеет большое значение при расследовании половых преступлений. На разрешение эксперта ставятся обычно следующие вопросы: 1. Имеется ли на представленных для исследования объектах (вещественных доказательствах) сперма? Этот вопрос решается положительно только при обнаружении хотя бы одного сперматозоида. В сухих пятнах сперматозоиды сохраняются неопределенно долгое время; во влагиалище — до 3—5 суток. 2. Какова групповая принадлежность спермы? В сперме, как и в других выделениях человека, содержатся агглютиногены изосерологической системы АВО, что позволяет, с помощью специально разработанной методики, определять групповую принадлежность спермы.

**СПИРТ ЭТИЛОВЫЙ** (этанол,  $C_2H_5OH$ ) — производное углеводорода, образующееся замещением атома водорода на функциональную гидроксильную группу OH. Прозрачная жидкость со специфическим запахом. Легко растворим в воде. Температура кипения  $78,3^\circ$ , удельный вес — 0,790. Имеет большое судебно-медицинское значение, так как является наркотиком, способным вызвать отравления различной тяжести, вплоть до смертельного исхода. Обладает выраженным действием на центральную нервную систему, вызывая возбуждение и паралич ее. Одной из важнейших задач эксперта является установление наличия алкоголя в трупе. Количественное и качественное обнаружение этилового алкоголя производится судебными химиками с помощью фотоколориметрических и газохроматографических методов (см. — определение алкоголя, опьянение простое).

**СПОРНОЕ ОТЦОВСТВО** — отцовством, в юридическом смысле слова,



называется факт происхождения ребенка от данного мужчины, удостоверенный в установленном законом порядке. Спорное отцовство — случай, когда мужчина оспаривает свое отцовство. Согласно Кодексу о браке и семье РСФСР, спорное отцовство устанавливается судом. Судебно-медицинские экспертизы по делам о спорном отцовстве (а также о спорном материнстве и замене детей) основаны на установленном факте передачи по наследству групповых и типовых свойств крови. Ребенок может иметь только те групповые или типовые свойства крови, которые имеются у родителей. При проведении экспертизы исследуются групповые свойства крови (системы АВО, Р, Rh, MN, гаптоглобина и др.) матери, ребенка и предполагаемого отца. Если устанавливается, что в крови ребенка имеются свойства крови, отсутствующие у обоих родителей, то это является основанием для исключения отцовства. В качестве примера приводится таблица наследования групповых свойств крови (в системе АВО).

Браки	Д е т и	
	могут быть	не могут быть
О х О	О	А, В, АВ
О х А	О, А	В, АВ
О х В	О, В	А, АВ
О х АВ	А, В	О, АВ
А х А	О, А	В, АВ
В х В	О, В	А, АВ
А х АВ	А, В, АВ	О
В х АВ	А, В, АВ	О
АВ х АВ	А, В, АВ	О
А х В	О, А, В, АВ	—

**СПОРТИВНАЯ ТРАВМА** — см. травма спортивная.

**СПОСОБНОСТЬ К ОПЛОДОТВОРЕНИЮ** — у мужчин устанавливается судебно-медицинской экспертизой путем детального исследования наружных и внутренних половых органов и спермы. Эти экспертизы назначаются при расследовании некоторых уголовных (изнасилование и др.) и гражданских (спорное отцовство) дел. Способность к оплодотворению является частью производительной способности у мужчин (другой ее частью является способность к совокуплению). Способность к оплодотворению исключается, если устанавливается азоспермия (см.) или некро-спермия (см.). Следует учитывать, что неспособность к совокуплению у мужчины (вследствие импотенции) не исключает способности к оплодотворению.

**СПОСОБНОСТЬ К САМОСТОЯТЕЛЬНЫМ ДЕЙСТВИЯМ СМЕРТЕЛЬНО РАНЕНЫХ** — иногда по обстоятельствам уголовных дел устанавливаются случаи, свидетельствующие о совершении смертельно ранеными активных действий, требующих затраты физических сил и сложной координации движений. Перед судебно-медицинским экспертом ставится в таких случаях вопрос: мог ли человек, получивший смертельное ранение, совершить эти действия? Многочисленные наблюдения свидетельствуют о том, что, получив смертельное ранение, от которого вскоре наступает



смерть, люди могут, в ряде случаев, продолжать оказывать сопротивление и совершать другие сознательные действия, требующие сложной координации движений. Поэтому без тщательной оценки существа ранения решать этот вопрос нельзя. Следует исходить из основного положения: может ли у человека после получения ранения сохраниться сознание и допускает ли это ранение (учитывая повреждения жизненно важных органов и нервных центров) возможность совершения физических (и каких конкретно) действий?

**ССАДИНА** — нарушение целостности поверхностного слоя кожи или слизистой в результате действия тупого твердого предмета. Механизм образования ссадины складывается из удара, сдавления и трения. В своем течении ссадина проходит несколько стадий (начальное состояние, образование корочки, эпителизация под корочкой, отпадение корочки, исчезновение пигментации на месте ссадины), что позволяет устанавливать ориентировочно давность ее возникновения. Для прижизненно возникшей ссадины характерны множественные экстравазаты с распространением крови в межтканевые промежутки, артериальная гиперемия, периваскулярные инфильтраты, образование корочки. Эти признаки позволяют дифференцировать ссадину от посмертного повреждения кожи — пергаментного пятна (см.). Судебно-медицинское значение ссадин: являются объективным доказательством имевшего место воздействия тупого предмета, указывают на место его приложения; в ряде случаев позволяют судить о форме предмета, причинившего ссадины; позволяют выносить суждение о давности возникновения их и о направлении действия тупого предмета.

**СТРАНГУЛЯЦИЯ** (от лат. *strangulatio* — душу) — задушение, вызываемое сдавлением шеи петлей или руками. Различают три вида странгуляционной асфиксии: повешение, удушение петлей и удушение руками (см.).

**СТРАНГУЛЯЦИОННАЯ БОРОЗДА** — след на шее от давления петлей при повешении или удушении. Выраженность странгуляционной борозды и другие ее особенности, в основном, зависят от характера материала петли (см.), вида странгуляции и времени пребывания трупа в петле. Особенности странгуляционной борозды при повешении и удушении петлей приведены в таблице:

При повешении	При удушении петлей
1. Направление, как правило, косовосходящее	1. Направление горизонтальное
2. Часто незамкнутая. Если замкнутая, то ветви борозды сходятся под углом	2. Циркулярная, замкнутая
3. Большая выраженность борозды на противоположном узлу месте	3. Выражена равномерно
4. Спереди располагается, как правило, выше или на уровне щитовидного хряща	4. Спереди располагается ниже щитовидного хряща



пятна.

**СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА** — самостоятельная отрасль медицинской науки, изучающая и разрешающая медицинские и биологические вопросы, возникающие в правовой практике. В. М. Смольянинов, К. И. Гатев и В. Ф. Черваков определяют судебную медицину как науку, представляющую совокупность медицинских и общепатологических знаний и исследований, целеустремленно направленных в своем развитии, совершенствовании и практическом применении на осуществление задач советского правосудия и здравоохранения. Судебная медицина тесно связана с другими медицинскими науками, прежде всего, с патологической анатомией, травматологией, токсикологией, гемагологией и др., а также с физикой, химией, криминалистикой и математикой.

Практикой судебной медицины является судебно-медицинская экспертиза (см.). Предмет судебной медицины включает в себя две части: I. Процессуальные и организационные основы судебно-медицинской экспертизы (т. н. «обрядовая» часть) и II. Часть вещественную («материальную»), состоящую из: 1. Учения о смерти (танатология, см); 2. Учения о повреждениях (судебно-медицинская травматология); 3. Учения о расстройстве здоровья и смерти от других видов внешнего воздействия; 4. Судебно-медицинской экспертизы вещественных доказательств биологического происхождения; 5. Судебно-медицинской экспертизы потерпевших, обвиняемых и подозреваемых; 6. Судебно-медицинской экспертизы по материалам следственных и судебных дел; 7. Судебно-медицинской экспертизы по делам о профессиональных правонарушениях медицинских работников.

**СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА** — вид судебно-медицинской экспертизы. Производится по постановлениям следователя, прокурора, лица, производящего дознание, или по определению суда. Эта экспертиза назначается для установления: 1. Половой зрелости; 2. Нарушения девственности; 3. Признаков, характеризующих совершение насильственного полового акта; 4. Признаков, характеризующих совершение развратных действий; 5. Способности к совокуплению и зачатию; 6. Беременности и бывших родов; 7. Связи прерывания беременности с травмой; 8. Искусственного прерывания беременности; 9. Пола; 10. Состояния половых органов в случаях определения степени стойкой утраты трудоспособности или пригодности к физическому труду. Производство судебно-медицинской акушерско-гинекологической экспертизы регламентировано специальными правилами (см. «Правила судебно-медицинской акушерско-гинекологической экспертизы»).

**СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА** — вид судебной экспертизы, задачей которой является разрешение вопросов медицинского и биологического характера, возникающих в правовой практике и требующих специальных познаний. «Судебно-медицинская экспертиза служит целям и задачам советского социалистического правосудия и осуществляется на основе и с соблюдением действующего в СССР уголовного и гражданского процессуального законодательства постановлений и распоряжений Правительства, а также положений, правил, приказов и инструкций, издаваемых Министерством здравоохранения СССР. В то же время судебно-медицинская экспертиза имеет целью, в пределах своих функций, прав и обязанностей — всемерно содействовать здравоохранению в улучшении качества лечебной помощи населению, в борьбе за снижение заболеваемости и смертности, за оздоровление труда и быта» (ст. 1-я «Инструкции о производстве судебно-медицинской экспертизы в СССР», см.).



Судебно-медицинская экспертиза осуществляется районными, межрайонными, городскими, областными, республиканскими судебно-медицинскими экспертами МЗ АССР, Главными судебно-медицинскими экспертами Министерств Здравоохранения союзных республик, Главным судебно-медицинским экспертом МЗ СССР, научными сотрудниками НИИ судебной медицины МЗ СССР, профессорами и преподавателями кафедр судебной медицины медицинских вузов и институтов усовершенствования врачей. В случае отсутствия судебно-медицинского эксперта проведение судебно-медицинской экспертизы может быть поручено ближайшему врачу, который в этих случаях именуется «врач-эксперт».

Производство всех видов судебно-медицинских экспертиз регламентируется специально изданными правилами по каждому отдельному виду экспертиз. Порядок назначения, проведения и оформления экспертиз предусмотрен соответствующими статьями уголовно-процессуальных кодексов союзных республик.

Объектами судебно-медицинских экспертиз являются: живые лица (пострадавшие, обвиняемые, подозреваемые), трупы, вещественные доказательства, материалы следственных и судебных дел.

**СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ** — часть клинической психиатрии. Судебная психиатрия изучает психические расстройства в тесной связи с вопросами уголовного и гражданского права и процесса, разрабатывает рекомендации по предупреждению общественно-опасных действий психически больных. Предметом судебной психиатрии — практическим содержанием ее — является судебно-психиатрическая экспертиза (см.).

**СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА** — вид судебной экспертизы, изучающей и разрешающей вопросы, возникающие в правовой практике и требующие специальных познаний в клинической психиатрии. Задачи судебно-психиатрической экспертизы: 1. Определение психического состояния и заключение о вменяемости лиц, привлекаемых к уголовной ответственности и вызывающих у следственных органов и суда сомнение в их психическом здоровье, а также определение их психического состояния в период испытания и заключение о необходимых медицинских мерах в отношении лиц, признанных невменяемыми или заболевших психически после совершения преступления; 2. Определение психического состояния лиц, обнаруживших признаки психического расстройства в период отбывания наказания, и дача заключения о необходимых медицинских мерах в отношении этих лиц; 3. Определение в необходимых случаях психического состояния потерпевших и свидетелей; 4. Заключение о дееспособности лиц, вызывающих сомнение в их психическом здоровье у суда в гражданском процессе. Различают следующие виды судебно-психиатрической экспертизы: стационарная, амбулаторная, заочная (по материалам следственных и судебных дел). Проведение судебно-психиатрической экспертизы регламентировано «Инструкцией о производстве судебно-психиатрической экспертизы в СССР» от 31 мая 1954 года. Судебно-психиатрическая экспертиза находится в ведении органов здравоохранения.

**СУДЕБНАЯ ХИМИЯ** — специальная фармацевтическая дисциплина — наука о химическом исследовании вещественных доказательств. Содержанием судебной химии является изучение и разработка химических методов исследования вещественных доказательств. Предметом судебной химии является судебно-химическая экспертиза (см.).

**СУДЕБНО-ХИМИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА** — вид судебной экспертизы, в задачу которой входит разрешение вопросов, возникающих в судебно-следственной практике и требующих специальных познаний в области химии. Другой важной задачей судебно-химической экспертизы является



оказание помощи органам здравоохранения в предупреждении отравлений различными химическими веществами в быту, на производстве, в сельском хозяйстве и в медицинской практике.

Судебно-химические экспертизы, как и все экспертизы вообще, производятся по постановлениям следственных органов и определениям судов. Значительная часть судебно-химических исследований производится по направлениям судебно-медицинских экспертов. Изъятие и направление вещественных доказательств для судебно-химического исследования и проведение самих исследований регламентировано специальными правилами и инструкциями, издаваемыми Главным судебно-медицинским экспертом МЗ СССР. Судебно-химические лаборатории на правах отделений входят в состав Бюро судебно-медицинских экспертиз.

**СЫВОРОТОЧНЫЕ СИСТЕМЫ (ГРУППЫ) КРОВИ** — генетически обусловленный полиморфизм липопротеидов и ферментов плазмы крови, объединяемый в особые группы или системы. В судебной медицине сывороточные системы крови используются при экспертизе спорного отцовства, материнства и замене детей. для установления возможности происхождения крови от определенного лица. Наиболее часто для этой цели используются системы: гаптоглобин (Hp), Gm ( $\gamma$  —глобулин), ферменты холинэстеразы; фосфотаза.

**СЫРОВИДНАЯ СМАЗКА** (vernix caseosa) — жирная масса беловато-серого цвета на коже плода (после 5 месяцев внутриутробной жизни), состоящая из жира, выделяемого сальными железами, клеток эпидермиса, пушковых волос. Является признаком новорожденности младенца.

## Т

**ТАНАТОЛОГИЯ** (от греч. *thanatos* — смерть, *logos* — учение) — учение о смерти. Танатология изучает терминальные состояния (см.) причины умирания, механизмы наступления смерти (танатогенез), а также вопросы врачебного вмешательства в процессы умирания. Поэтому танатология тесно связана с реаниматологией. Различают общую танатологию, изучающую общие закономерности процесса умирания и изменения, происходящие в трупe — от начальных, до полного его разложения, и частную танатологию, занимающуюся исследованием особенностей танатогенеза при различных заболеваниях, травмах и других причинах смерти.

**ТАРАНУХИНА ПРОБА** — проба на живорожденность, предложенная в начале XIX века русским ученым Таранухиным, отличающаяся от легочной жизненной пробы Галена тем, что части легкого помещаются в воду в сосуд, в котором создается пониженное давление воздуха, что позволяет кусочкам легких плавать даже при незначительном содержании воздуха в них.

**ТАРДЬЕ ПЯТНА** — подплевральные и подэпикардальные кровоизлияния, часто наблюдающиеся при смерти от механической асфиксии. Подробно были описаны французским ученым А. Тардье (1855). Образование этих кровоизлияний связано с повышением проницаемости сосудистых стенок в процессе асфиксии, а также с резким повышением давления в капиллярной сети во время периода одышки, присасывающим действием грудной клетки во время инспираторной одышки. Пятна Тардье не являются патогномоничными для асфиксии, они встречаются также и при других видах остро наступившей смерти.

**ТАТУИРОВКА** — искусственно нанесенные на кожу и очень длительно сохраняющиеся на ней различные изображения и надписи. Татуировка на-



носятся путем прокалывания кожи и введения в нее различных красок (туши, угля, киновари и др.). Татуировки являются особыми приметами и используются в судебно-медицинской и криминалистической практике для идентификации личности.

**ТЕЙХМАНА ПРОБА** — микрокристаллическая реакция на обнаружение кристаллов соляно-кислого гематина (гемина). Предложена Л. Тейхманом (г. Краков) в 1853 году. Доказательный способ установления наличия крови в пятнах. На предметное стекло к частичке соскоба, ниточке из пятна, подозрительного на кровь, добавляется кристаллик поваренной соли и 1—2 капли ледяной уксусной кислоты, покрывается покровным стеклом и нагревается до начала кипения. При наличии крови выпадают кристаллы гемина в форме косых параллелограммов коричневого цвета, хорошо видимые под микроскопом.

**ТЕЛЕСНЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ** — см. повреждение.

**ТЕРМИНАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ** (от лат. *terminalis* — пограничный, предельный) — конечные стадии жизни, пограничные между жизнью и смертью. Различают: предагональное состояние, агонию и клиническую смерть. Преагональное состояние характеризуется развитием торможения в высших отделах центральной нервной системы, потерей сознания. Оно может длиться часами, после чего наступает так называемая терминальная пауза (полная арефлексия, временное прекращение дыхания и сердечной деятельности). Длительность терминальной паузы 1—4 минуты. После этого начинается агония, продолжающаяся от нескольких минут до 1 часа. Дыхание судорожное, сердечная деятельность слабая, в отдельных случаях могут восстанавливаться роговичные рефлекс и сознание. Агония непосредственно переходит в клиническую смерть, при которой прекращаются сердечная деятельность и дыхание. В обычных условиях длительность клинической смерти 4—6 минут, после чего наступает биологическая смерть.

В ряде случаев терминальные состояния являются обратимыми — возможно оживление организма. Проблемы оживления организма и поддержания важнейших жизненных функций изучает реаниматология.

**ТОКСИКОИНФЕКЦИЯ** — см. пищевое отравление.

**ТОКСИКОЛОГИЯ** (от греч. *toxikon* — яд и *logos* — учение) — наука о ядовитых веществах, их происхождении, химическом составе и свойствах, действии на животный организм, способах обнаружения, борьбе с отравлениями и профилактике их. Различают общую и частную токсикологию. Первая изучает общие закономерности токсического действия различных веществ на животный организм, частная токсикология занимается изучением особенностей действия отдельных групп токсических веществ, ищет средства лечения и профилактики отравлений, вызываемых ими.

**ТОКСИКОЛОГИЯ СУДЕБНАЯ** — отрасль судебной медицины (см.), изучающая отравления, возникающие с целью убийства, самоубийства или в результате несчастных случаев на производстве, в быту и при применении лекарственных веществ. Судебная токсикология также подразделяется на общую и частную. Общая судебная токсикология изучает свойства ядовитых веществ, происхождение отравлений, разрабатывает классификацию их по видам ядовитых веществ и обстоятельствам возникновения, меры по профилактике отравлений. Частная судебная токсикология изучает токсикодинамику, клинику, патологическую анатомию отравлений и методы их распознавания. Судебная токсикология тесно связана с судебной химией и фармакологией.

**ТОРФЯНОЕ ДУБЛЕНИЕ** — одно из поздних трупных изменений, от-



носящееся к консервирующим и возникающее при длительном нахождении трупа в кислых торфяных болотах. При этом кожные покровы темнеют и уплотняются (становятся как бы дублеными), кости теряют известность и становятся мягкими и гибкими. Внутренние органы сильно уменьшаются в размерах, а иногда — исчезают совсем. Считают, что эти процессы происходят под действием гумусных кислот, уплотняющих кожу, растворяющих белки мышц и внутренних органов, известность костей и действующих бактерицидно.

**ТРАВМА** (от греч. *trauma* — рана, повреждение) — повреждение (см. автомобильная травма, баротравма, железнодорожная травма, повреждение телесное, повреждения тупыми предметами, колющими, колюще-режущими, рубящими орудиями, огнестрельные повреждения, раны).

**ТРАВМА СПОРТИВНАЯ** — повреждения, возникающие при занятиях спортом, чаще в результате несоблюдения основных требований медицинского контроля и правил проведения соревнований, при игнорировании защитных средств и мер «страховки».

Особо следует выделить такой вид спортивной травмы, как компрессионные переломы шейной части позвоночника (с повреждением спинного мозга) при прыжках в воду вниз головой. Такие случаи часто заканчиваются смертью. При проведении судебно-медицинской экспертизы следует детально изучать обстоятельства получения травмы, прибегать к консультациям опытных тренеров и спортсменов, врачей физкультурных диспансеров.

**ТРАВМАТИЗМ** — совокупность вновь возникших сходных повреждений за определенный промежуток времени у определенных групп населения. По условиям происхождения различают следующие виды травматизма: 1. Производственный (промышленный, сельскохозяйственный); 2. Транспортный; 3. Спортивный; 4. Бытовой; 5. Военный; 6. Уличный (от падения на улицах, от ударов падающими предметами).

**ТРАВМАТОЛОГИЯ** (от греч. *trauma* — повреждение, *logos* — учение) — учение о повреждениях, их распознавании, лечении и профилактике.

**ТРАВМАТОЛОГИЯ СУДЕБНАЯ** — отрасль судебной медицины, изучающая морфологические особенности механических повреждений, устанавливающая механизмы возникновения повреждений, встречающихся в судебно-медицинской практике. Одной из основных задач судебной травматологии является установление орудия и механизма травмы по морфологическим особенностям повреждений.

**ТРАСОЛОГИЯ** — отрасль криминалистической техники, изучающая следы (см.) с целью идентификации предметов, оставивших их, и устанавливающая условия и механизмы образования следов. Трасология исходит из положения о том, что каждый предмет материального мира индивидуален в своем внешнем строении и имеет индивидуальную совокупность признаков, вследствие чего является неповторимым. Трасология изучает следы рук, ног человека, следы транспортных средств.

**ТРУДОСПОСОБНОСТЬ** — такое физическое и психическое состояние организма человека, при котором он способен заниматься производственной деятельностью, т. е. способен к труду. Трудоспособность — понятие не только биологическое, но и социальное, ибо она определяется совокупностью процессов и явлений, происходящих не только внутри, но и вне организма человека. Различают: 1. Общую трудоспособность — способность к неквалифицированному труду в обычных условиях; 2. Профессиональную трудоспособность — способность к труду в своей определенной профессии; 3. Специальную трудоспособность — способность работать в определенных специальных условиях.



Трудоспособность может быть полной, когда состояние организма позволяет без ущерба для здоровья выполнять производственную работу, и утраченной — когда анатомическое или функциональное состояние организма не соответствует требованиям профессии и выполнение производственной работы невозможно или сопряжено с вредом для здоровья. Различают временную и стойкую (постоянную) утрату трудоспособности.

В судебно-медицинской практике определение утраты трудоспособности производится в уголовных и гражданских делах в связи с причинением телесных повреждений (в быту, при транспортных травмах и других случаях).

При определении степени стойкой утраты трудоспособности пользуются официальной «Инструкцией о порядке организации и проведения судебно-страховой экспертизы» (№ 252 от 29 декабря 1972 г.).

ТРУП (cadaver) — мертвое тело, является одним из объектов судебно-медицинской экспертизы.

ТРУПНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ — изменения, развивающиеся в трупе после наступления биологической смерти. Трупные изменения разделяются на ранние (трупные пятна, трупное окоченение, охлаждение трупа, высыхание, аутолиз — см.) и поздние (гниение, мумификация, жировоск, торфяное дубление (см.)).

## У

УБИЙСТВО — юридическое понятие — умышленное или неосторожное противоправное лишение жизни другого человека. Объектом убийства является жизнь человека. Убийство может быть совершено путем действия (внешнее воздействие на организм человека, влекущее за собой смерть) или путем бездействия (непредотвращение внешних воздействий, влекущих за собой смерть). Уголовная ответственность за убийство предусмотрена ст. 102—106 УК РСФСР и соответствующими статьями УК союзных республик.

УГАРНЫЙ ГАЗ — см. окись углерода.

УГОЛОВНОЕ ПРАВО — отрасль советского социалистического права, возведенная в закон воля советского народа, выраженная в уголовных законах, определяющих содержание общественно опасных действий — преступлений и наказаний, как мер борьбы с ними.

Советское уголовное право состоит из двух частей: Общей и Особенной. Общая часть определяет общие начала уголовной ответственности, пределы действия уголовного закона, общее понятие преступления, общие положения о наказании и т. п. Особенная часть содержит исчерпывающий перечень норм, определяющих конкретные признаки преступлений и тех наказаний, которые могут быть назначены за эти преступления.

УГОЛОВНО-ПРОЦЕССУАЛЬНЫЙ КОДЕКС (УПК) — единый законодательный акт, регламентирующий деятельность судов, органов расследования, прокуратуры, адвокатуры и экспертизы при расследовании и судебном рассмотрении уголовных дел и определяющий права и обязанности всех участников уголовного процесса. Ныне действующий УПК РСФСР принят третьей сессией Верховного Совета РСФСР пятого созыва 27 октября 1960 г. и введен в действие с 1 января 1961 года.

УГОЛОВНЫЙ КОДЕКС (УК) — единый законодательный акт, содержащий нормы уголовного права, определяющий, какие действия являются преступлениями и какие наказания должны применяться к виновным в совершении этих преступлений. УК имеет задачей охрану советского



общественного строя, социалистической собственности, личности и права граждан и всего социалистического правопорядка от преступных посягательств. Действующий ныне УК РСФСР принят одновременно с УПК (см.) и введен в действие с 1 января 1961 года.

**УДАВЛЕНИЕ ПЕТЛЕЙ** — вид механической странгуляционной асфиксии, при которой происходит сдавление шеи петлей, затягивающейся действием рук. По роду смерти — удушение петлей в подавляющем большинстве случаев — убийство. Обычно петля накладывается на шею на уровне или ниже гортани. Странгуляционная борозда, образующаяся на шее при удушении петлей, отличается от странгуляционной борозды при повешении (см.): она, как правило, циркулярная, замкнутая, располагается горизонтально, на уровне или ниже хрящей гортани, равномерно выражена на всем протяжении.

**УДАВЛЕНИЕ РУКАМИ** — вид механической странгуляционной асфиксии, при которой шея сдавливается одной или двумя руками постоянного человека. По роду смерти — всегда убийство. При удушении руками происходит сдавление сосудов и нервов шеи, гортани, трахеи, подъязычной кости, в результате чего нередко образуются переломы хрящей гортани и рожков подъязычной кости, кровоизлияния в мягкие ткани шеи. На коже, соответственно местам давления пальцев рук, образуются ссадины и кровоподтеки.

**УТОПЛЕНИЕ** — вид механической асфиксии от закрытия дыхательных путей и отверстий жидкостью (водой). В прижизненном течении утопления выделяют 5 стадий или фаз: 1. Стадия беспокойства или тревоги, выражающаяся в усиленной подвижности, беспорядочных движениях; 2. Стадия задержки дыхания (30—60 секунд); 3. Стадия одышки — сперва инспираторной, затем экспираторной, сопровождающейся судорогами. В начале этой стадии теряется сознание. 4. Стадия гипоксии. В этой стадии наблюдаются отдельные дыхательные движения (терминальное дыхание); 5. Стойкая остановка дыхания. Весь процесс утопления в типичных случаях продолжается 4—6 минут. Через несколько (8—10) минут после остановки дыхания прекращается деятельность сердца.

Диагностическими достоверными признаками утопления в воде являются: 1. Наличие стойкой (белой или розовой) мелкопузырчатой пены в окружности носа и рта и в просвете верхних дыхательных путей; 2. Острая эмфизема легких; 3. Пятна Рассказова—Лукомского—Пальтутафа (см.) под легочной плеврой; 4. Наличие жидкости (0,5—1 мл) в пазухе основной кости. 5. Наличие большого количества диатомей (см.) в органах большого круга кровообращения.

## Ф

**ФАУНА ТРУПА** — различные представители животных (мертвояды), посещающие труп и разрушающие его. Наиболее частыми представителями трупной фауны являются насекомые: мухи, жуки, муравьи и др. Разрушение трупа разными видами насекомых наблюдается в разное время после наступления смерти и в различные времена года, что дает возможность использовать эти данные для ориентировочного установления давности наступления смерти (с учетом условий, в которых находился труп).

**ФИГУРЫ МОЛНИИ** — см. электротравма.

**ФОТОГРАФИЯ СУДЕБНАЯ** — разновидность научной фотографии, применяемой в ходе предварительного расследования и при производстве криминалистических и судебно-медицинских экспертиз. Методы судебной



фотографии делятся на запечатлевающие (для фиксации данных, видимых невооруженным глазом) и исследовательские (для выявления и закрепления деталей, цветовых и яркостных различий, скрытых от невооруженного глаза). Различают судебно-оперативную (при производстве следственных и оперативных действий) и судебно-экспертную фотографию для фиксации вида и состояния объектов экспертизы, иллюстрации хода экспертизы, для выявления невидимых или слабо видимых деталей, признаков, следов.

## Х

**ХРОМАТОГРАФИЯ КОНТАКТНАЯ** (синонимы: контактно-диффузионная, цветных отпечатков) — метод выявления металлов на вещественных доказательствах, а также на коже и тканях трупа, с помощью цветных химических реакций. Сущность метода: отфиксированная фотобумага, пропитанная растворителем металла (8—10% раствор аммиака при исследованиях на медь и никель; 20—25% раствор уксусной кислоты при исследовании на железо и свинец) прижимается эмульсионной стороной к объекту исследования на 5—10 минут, после чего обрабатывается реактивом (при исследовании на медь и никель — насыщенным спиртовым раствором рубео-водородной кислоты; при исследовании на железо — 0,5% раствором  $\alpha$  — нитрозо;  $\beta$  — нафтола; при исследовании на свинец — 0,2% раствором родизоната натрия или калия). При наличии металлов на бумаге появляется окрашивание (медь дает зеленое окрашивание, никель — сине-фиолетовое, свинец — красно-фиолетовое, железо — зеленое или черное), повторяющее по форме и расположению топографию расположения следов металла на объекте.

## Ц

**ЦАРАПИНА** — линейная ссадина (см. ссадина).

## Ч

**ЧЛЕНОВРЕДИТЕЛЬСТВО** — юридический термин — уклонение от несения обязанностей военной службы путем причинения себе какого-либо повреждения — воинское преступление, предусмотренное ст. 249 УК РСФСР. Членовредительство может совершаться путем причинения механической травмы, путем искусственно вызываемого заболевания, а также посредством ухудшения уже имеющегося расстройства здоровья. Большая роль в расследовании дел о членовредительстве отводится судебно-медицинской экспертизе, в задачу которой в этих случаях входит: установление характера и механизма образования повреждений, степени причиненного вреда здоровью, а также установление соответствия обстоятельств возникновения повреждения или заболевания (версии подозреваемого) фактическим данным, полученным при проведении экспертизы.

## Ш

**ШТАНЦМАРКА** (синонимы: штамп-отпечаток, отпечаток дульного среза) — отпечаток дульного среза огнестрельного оружия на одежде или коже при выстреле в упор.



**ЭКСГУМАЦИЯ** (от лат. ex — из, humus — земля) — извлечение трупа из земли (могилы). Эксгумация — следственное действие, проводимое следователем по его постановлению, в присутствии понятых и судебно-медицинского эксперта. Эксгумация производится тогда, когда появляется необходимость в первичном (если труп был захоронен без вскрытия) или повторном судебно-медицинском исследовании трупа. Исследование эксгумированного трупа производится судебно-медицинским экспертом по обычным правилам, в морге или на кладбище. После окончания исследования трупа необходимо вновь захоронить труп и привести могилу в первоначальный вид.

**ЭКСПЕРТ** (от лат. expertus — опытный) — сведущее лицо, специалист, приглашаемый судебно-следственными органами для решения специальных вопросов, возникающих в правовой практике (при расследовании уголовных или гражданских дел или при рассмотрении их в суде). Задачи эксперта заключаются в том, чтобы, руководствуясь определенными фактическими данными, накопленными той отраслью знаний, в области которой он работает, произвести исследование представленных ему объектов и ответить на поставленные перед ним вопросы. Права и обязанности эксперта четко очерчены в статьях уголовно-процессуального кодекса.

**ЭКСПЕРТИЗА** — специальное исследование, проводимое следственными и судебными органами через экспертов (см.) для установления определенных фактов и разрешения вопросов, возникающих в правовой практике и требующих специальных познаний в науке, технике, искусстве или ремесле. Назначение и проведение экспертизы регламентируется статьями уголовно-процессуального кодекса и специальными инструкциями и указаниями. Обязательное проведение экспертизы предусмотрено ст. 79 УПК РСФСР: 1. Для установления причины смерти и характера телесных повреждений; 2. Для определения психического состояния обвиняемого или подозреваемого при наличии сомнений в их вменяемости; 3. Для определения психического или физического состояния свидетеля или потерпевшего при сомнении в их способности давать правильные показания; 4. Для установления возраста обвиняемого, подозреваемого или потерпевшего в случаях, когда это имеет значение для дела, а документы о возрасте отсутствуют. В остальных случаях экспертиза назначается при необходимости в ней, причем эта необходимость устанавливается следователем или судом.

Производство большинства видов экспертиз сосредоточено в государственных экспертных учреждениях (научно-исследовательских институтах, лабораториях и бюро судебно-медицинских экспертиз). В отдельных случаях, при отсутствии штатных экспертов, проведение экспертизы может быть поручено, по назначению следователя или суда, любому специалисту.

**ЭКСПЕРТИЗА ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ** — экспертиза, назначаемая в случаях, когда первичная экспертиза была неполной, не были исследованы все необходимые объекты и не все вопросы были разрешены (ст. 81 УПК РСФСР). Дополнительная экспертиза может быть поручена тому же или другому эксперту.

**ЭКСПЕРТИЗА КОМИССИОННАЯ** — экспертиза, производимая несколькими сведущими лицами (комиссией экспертов) для разрешения одних и тех же вопросов на основании исследования одних и тех же объектов. Проведение комиссионной экспертизы предусмотрено ст. 80 и 187 УПК РСФСР. В соответствии со ст. 12 «Инструкции о производстве судебно-медицинской экспертизы в СССР», комиссионные экспертизы долж-



ны обязательно производиться по делам о привлечении к уголовной ответственности медицинских работников за профессиональные правонарушения, по определению степени утраты трудоспособности, а также особо сложные экспертизы по материалам следственных и судебных дел и другие сложные судебно-медицинские исследования.

**ЭКСПЕРТИЗА КОМПЛЕКСНАЯ** — экспертиза, в производстве которой участвуют сведущие лица, являющиеся специалистами в различных отраслях, т. е. относящаяся к компетенции двух или нескольких экспертиз, например, судебно-медицинской, криминалистической, автотехнической. Эксперты, участвующие в проведении комплексной экспертизы, излагают данные своих исследований либо в отдельных заключениях, либо в сводном заключении. Среди юристов нет единого мнения о необходимости и правомерности комплексной экспертизы. УПК не содержит указаний о назначении и производстве комплексных экспертиз.

**ЭКСПЕРТИЗА ПОВТОРНАЯ** — экспертиза, назначаемая для разрешения тех же вопросов и базирующаяся на исследовании тех же объектов, что и первичная экспертиза. Повторная экспертиза может быть назначена в случаях, когда возникает сомнение в правильности и обоснованности заключения первичной экспертизы (ст. 81 УПК РСФСР). Необоснованным является заключение, которое либо не подтверждается объективными данными, полученными в ходе экспертного исследования, либо в котором имеются противоречия между протокольной частью исследования и выводами. Производство повторной экспертизы поручается другому эксперту.

**ЭЛЕКТРОТРАВМА** — ограниченное во времени поражение электрическим током, вызвавшее острое болезненное расстройство или смерть. Электротравмы могут возникать от технического или атмосферного (молнии) электричества. Поражение техническим электричеством зависит от физических свойств тока, условий внешней среды во время его действия, времени действия тока, особенностей состояния организма человека. При экспертизе трупа человека, погибшего от электротравмы, одним из важнейших доказательств является наличие так называемых электрометок («знаков действия тока») — своеобразных изменений кожи у места входа тока и выхода его из организма. В типичных случаях электрометки имеют круглую, овальную форму, иногда повторяющую (у места входа тока) форму токонесущего проводника, серый цвет, плотную консистенцию и нередко валикообразно возвышающиеся края. При микроскопическом исследовании электрометок обнаруживаются вспучивание рогового слоя эпидермиса, сотовидные пустоты в нем, вытягивание клеток и ядер мальпигиева слоя в виде частокола; базофилия, уплощение сосочков кориума. В области электрометок можно обнаружить металлизацию теми металлами, из которых состоял проводник тока (с помощью контактной хроматографии, см.). При вскрытии трупа обнаруживаются мелкие кровоизлияния в различные органы и так называемые общие признаки асфиктической (быстро наступившей) смерти. При смерти от действия молнии обнаруживаются на коже так называемые «фигуры молнии», имеющие вид разветвляющихся древовидных полос темно-красного цвета, а также повреждения (разрывы, обгорание) одежды, расплавление находившихся в ней и на ней металлических предметов. Для правильного разрешения вопросов о причине смерти при электротравме большое значение имеет изучение обстоятельств получения травмы и наступления смерти.

**ЭЛЕКТРОГРАФИЯ** — метод выявления металлов на объекте исследования с помощью электрографа. Метод более сложный, чем хроматография контактная (см.) и особых преимуществ перед ней не имеет.



**ЭМБОЛИЯ** (от греч. embolē — вбрасывание, вторжение) — занос током крови в ветви сосудистой системы каких-либо посторонних частиц, вызывающих нарушение, а иногда и прекращение тока крови в сосуде.

**ЭМБОЛИЯ ВОЗДУШНАЯ** (газовая) — занос током крови в сосуды частиц воздуха или газа. Возникает при ранении крупных вен. Проникающий в вену при ранении ее воздух попадает в правый желудочек сердца, образуя воздушный пузырь, тампонирующий полости правого сердца. Часть воздуха в виде мелких пузырьков проникает в сосуды легких, вызывая блокаду малого круга кровообращения и смерть. При исследовании трупа, если имеется подозрение на воздушную эмболию, следует, до извлечения внутренних органов и не повреждая грудино-ключичных сочленений, наполнить окологрудную сумку водой и под водой проколоть мышцу правого желудочка; при наличии в нем воздуха он выделится с характерным «бульканьем». Газовая эмболия со смертельным исходом может развиваться при «кессонной болезни», когда в результате резкого перепада (понижения) давления возникает «вспенивание» крови вследствие быстрого освобождения растворенных в ней под повышенным давлением газов. Это приводит к закупорке газом большого количества мелких сосудов, что очень быстро вызывает смерть.

**ЭМБОЛИЯ ЖИРОВАЯ** — возникает при попадании в кровяное русло капелек жира. При переломах длинных трубчатых костей, размятии мягких тканей, сопровождающихся повреждением сосудов, капельки жира попадают в вены и заносятся в капилляры легких, а затем могут проходить через них в сосуды большого круга кровообращения. Если в легочные капилляры и сосуды большого круга кровообращения проникает много жира, то это может привести к смерти.

Практически, каждый перелом длинных трубчатых костей, содержащих костный мозг, сопровождается жировой эмболией. Поэтому обнаружение капелек жира в капиллярах легких является достоверным признаком прижизненности перелома.

**ЭТИКА** (от греч. ethica, ethos — обычай, нрав) — философская наука, объектом изучения которой является мораль.

**ЭТИКА ВРАЧЕБНАЯ** — часть общей этики, относящаяся к профессии врача — учение о морали врача, его взаимоотношениях с больными, товарищами по профессии, с обществом. Врачебная этика включает три группы вопросов: 1. Отношение врача к больному; 2. Отношение врача к коллегам (обществу); 3. Отношения врачей между собой. Составной частью врачебной этики является врачебная деонтология — учение о врачебном долге. В нашей стране врачебная этика основана на принципах гуманизма и защиты интересов трудящихся.

Моральные требования, которые предъявляет врачу социалистическое общество, изложены в «Присяге врача Советского Союза» (см.): готовность посвятить все знания и силы охране и улучшению здоровья человека, лечению и предупреждению заболеваний; быть всегда готовым оказать медицинскую помощь, хранить врачебную тайну; постоянно совершенствовать свои знания и мастерство, прибегать в необходимых случаях к советам других врачей и не отказывать им в помощи; беречь и развивать благородные традиции отечественной медицины; во всех своих действиях руководствоваться принципами коммунистической морали.

**ЭТИЛЕНГЛИКОЛЬ** — см. антифриз.

**ЭТИЛОВЫЙ СПИРТ** — см. спирт этиловый.



## Я

**ЯДОХИМИКАТЫ** (пестициды) — химические вещества, применяемые в сельском хозяйстве для борьбы с вредителями и болезнями культурных растений. Различают: инсектициды (препараты, уничтожающие насекомых), фунгициды (уничтожающие возбудителей грибковых болезней растений), гербициды (уничтожающие сорные растения) и др.

Все ядохимикаты ядовиты для человека и могут вызывать отравления и смерть. Высокой токсичностью, в частности, обладают фосфорорганические соединения (тиофос, метафос, и др.), являющиеся ингибиторами холинэстеразы.

**ЯДЫ** (греч. *toxicon* — яд) — ядами принято называть эндогенные или экзогенные вещества, которые действуют химически или физико-химически и, введенные в небольших дозах в организм, вызывают расстройство здоровья (отравление) и смерть.

Действие яда на организм зависит от многих условий, относящихся как к самому ядовитому веществу (химическая структура, доза, растворимость, продолжительность действия и др.), так и к состоянию и особенностям организма человека (возраст, состояние здоровья, пути введения яда, привыкание и др.).



## СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.
<b>Предисловие</b>	3
<b>Глава I. Юридическое обоснование, принципы и методы построения выводов к заключению по судебно-медицинскому исследованию трупов</b>	5
<b>Глава II. Обоснование выводов о причине смерти</b>	13
Варианты формулировок вывода о причине смерти	24
Механические повреждения	24
Механическая асфиксия	26
Действие крайних температур	28
Действие низкой температуры	30
Действие атмосферного и технического электричества	31
Действие ядовитых веществ	32
Скоропостижная смерть	34
<b>Глава III. Разрешение вопросов о характере действовавшего предмета и механизме возникновения повреждений</b>	37
Воздействие тупых предметов	37
Варианты формулировок выводов	38
Автомобильная травма	39
Варианты формулировок выводов	43
Железнодорожная травма	44
Варианты формулировок выводов	44
Падение с высоты	45
Варианты формулировок выводов	46
Действие острых предметов	46
Варианты формулировок выводов	47
Огнестрельные повреждения	50
Варианты формулировок выводов	51
<b>Глава IV. Разрешение других наиболее часто встречающихся вопросов при различных видах смерти</b>	54
Время наступления смерти	54
Варианты формулировок выводов	56
Наличие алкоголя и степень алкогольной интоксикации	57
Варианты формулировок выводов	58
<b>Глава V. Разрешение некоторых дополнительных вопросов, выдвигаемых перед экспертом при насильственной смерти</b>	61
Как скоро после травмы наступила смерть?	61



Варианты формулировок выводов . . . . .	62
Способность к активным целенаправленным действиям при ме- ханических повреждениях . . . . .	62
Варианты формулировок выводов . . . . .	63
Возможно ли нанесение повреждений собственной рукой . . . . .	64
Варианты формулировок выводов . . . . .	65
<b>Глава VI. Вопросы, разрешаемые экспертом при смерти от крими- нального аборта . . . . .</b>	<b>66</b>
Варианты формулировок выводов . . . . .	66
<b>Глава VII. Типичные, наиболее часто встречающиеся вопросы, разрешаемые экспертом при исследовании трупов новорожден- ных . . . . .</b>	<b>71</b>
Варианты формулировок выводов . . . . .	72
<b>Глава VIII. Наиболее часто встречающиеся вопросы при исследо- вании расчлененных и скелетированных трупов . . . . .</b>	<b>81</b>
Варианты формулировок выводов . . . . .	83
Справочный материал . . . . .	89
Инструкция о порядке заполнения врачебного свидетельства о смерти . . . . .	91
Инструкция о порядке заполнения свидетельства о мертворождении . . . . .	98
Краткий судебно-медицинский терминологический словарь . . . . .	101



Бедрин Л. М., Литвак А. С.

**ПОСТРОЕНИЕ И ОБОСНОВАНИЕ  
ВЫВОДОВ ПРИ СУДЕБНО-  
МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ  
ТРУПА**

Учебно-методическое пособие  
подготовлено на кафедрах судебной  
медицины Ставропольского  
и Ярославского медицинских  
институтов

Редакторы: Кильдишев К. И.  
и Чвалун А. В.  
Техн. редактор Хартунов А. С.  
Корректоры: Шкарбут Е. Я.  
и Касимцева З. А.



Сдано в набор 12.X-73 г. Подписано  
к печати 26.XII-73 г. Формат  
60×84<sup>1</sup>/<sub>16</sub>. Печ. л. 9,5. Усл.-печ. л.  
8,84. Уч.-изд. л. 8,75. Бумага типо-  
графская № 1. Тираж 5000 экз.  
Заказ № 5218. Цена в переплете  
97 коп. ВГ99683.

Краевая типография, г. Ставрополь,  
ул. Артема, 18.







97 коп.



